

N° 477

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Enregistré à la Présidence du Sénat le 27 avril 2011

AVIS

PRESENTE

*au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE, relatif aux **droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge,***

Par M. Jean-René LECERF,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean-Jacques Hiest, *président* ; M. Nicolas Alfonsi, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Patrice Gélard, Jean-René Lecerf, Jean-Claude Peyronnet, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Troendle, M. Yves Détraigne, *vice-présidents* ; MM. Laurent Béteille, Christian Cointat, Charles Gautier, Jacques Mahéas, *secrétaires* ; MM. Jean-Paul Amoudry, Alain Anziani, Mmes Éliane Assassi, Nicole Bonnefoy, Alima Boumediene-Thiery, MM. François-Noël Buffet, Gérard Collomb, Pierre-Yves Collombat, Jean-Patrick Courtois, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Louis-Constant Fleming, Gaston Flosse, Christophe-André Frassa, Bernard Frimat, René Garrec, Jean-Claude Gaudin, Mme Jacqueline Gourault, Mlle Sophie Joissains, Mme Virginie Klès, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Mme Josiane Mathon-Poinat, MM. Jacques Mézard, Jean-Pierre Michel, François Pillet, Hugues Portelli, André Reichardt, Bernard Saugey, Simon Sutour, Richard Tuhejava, Alex Türk, Jean-Pierre Vial, Jean-Paul Virapoullé, Richard Yung, François Zocchetto.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 2494, 3116, 3189 et T.A. 623

Sénat : 361 (2010-2011)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS	5
EXPOSE GENERAL	7
I. LE PROJET DE LOI : UNE MEILLEURE CONCILIATION ENTRE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE, LA SAUVEGARDE DE L'ORDRE PUBLIC ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ	9
A. LA LÉGISLATION EN VIGUEUR	9
1. <i>Une législation ancienne et stable</i>	9
2. <i>Les différentes modalités d'hospitalisation sous contrainte</i>	10
(1) L'hospitalisation d'office (HO).....	11
(2) L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).....	11
B. LE PROJET DE LOI	12
1. <i>L'enfermement, une modalité de soins parmi d'autres</i>	13
2. <i>Le contrôle juridictionnel de l'hospitalisation sous contrainte</i>	15
a) Le recours systématique au juge en cas d'hospitalisation complète sans consentement	15
b) Le recours facultatif au juge pour les soins ambulatoires sans consentement	20
3. <i>Une procédure spécifique pour les malades potentiellement dangereux</i>	20
a) Les deux catégories de patients dont la dangerosité potentielle apparaît comme plus élevée.....	21
b) Les dispositions spécifiques applicables à ces deux catégories de patients	22
4. <i>L'encadrement de la notion de « tiers » et la création d'une nouvelle mesure : l'hospitalisation en cas de péril imminent</i>	25
5. <i>L'impact sur l'organisation judiciaire</i>	26
a) La création de nouveaux postes	26
b) La possibilité d'une audience par visioconférence	28
II. LES APPORTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	29
A. LE DROIT À L'OUBLI POUR LES PATIENTS SUSCEPTIBLES DE PRÉSENTER UN DANGER POUR AUTRUI	29
B. L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE DU JUGE EN CAS DE DÉSACCORD ENTRE LE PRÉFET ET L'ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE	29
C. UNE PRISE D'EFFET DIFFÉRÉE DE LA MAINLEVÉE DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE	30
D. LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES TUTEURS ET DES CURATEURS EN MATIÈRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES	30
III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION	30
A. ÉTENDRE LA COMPÉTENCE DU JUGE JUDICIAIRE, GARDIEN DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES	30
1. <i>Doter le JLD du pouvoir de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires</i>	30
2. <i>Prévoir le contrôle de plein droit par le JLD des mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte, à compter du 1^{er} septembre 2012</i>	31
3. <i>Prévoir en toutes hypothèses l'intervention systématique du JLD en cas de désaccord entre le préfet et un psychiatre, à compter du 1^{er} septembre 2012</i>	32
4. <i>Unifier le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte : mettre un terme au « désordre des deux ordres » au 1^{er} septembre 2012</i>	33

B. PERMETTRE AU JUGE DE STATUER DANS DES CONDITIONS GARANTISSANT LA SÉRÉNITÉ DES DÉBATS	34
1. La possibilité pour le JLD de statuer en chambre du conseil et non publiquement.....	34
2. Permettre au JLD de statuer dans une salle d'audience située dans l'hôpital psychiatrique dès lors que cette salle a été « spécialement aménagée ».....	34
3. Un recours à la visioconférence adapté à la situation des personnes souffrant de troubles mentaux.....	35
C. NE PAS DÉROGER AUX RÈGLES DE PROCÉDURE DE DROIT COMMUN EN MATIÈRE D'APPEL DES DÉCISIONS DU JLD	36
D. ÉTENDRE ET PRÉCISER LE DROIT À L'OUBLI.....	36
E. SUPPRIMER LA POSSIBILITÉ POUR LE TUTEUR OU LE CURATEUR D'INTERVENIR À TITRE PERSONNEL.....	37
F. FAIRE ÉVOLUER À TERME L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS EN UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE DROIT COMMUN	37
G. RÉFLÉCHIR À L'OPPORTUNITÉ DE DOTER LE JLD D'UN VÉRITABLE STATUT	38
EXAMEN DES ARTICLES.....	41
TITRE I^{ER} DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES	41
• <i>Article 1^{er}</i> (art. L. 3211-1 à L. 3211-12-5 du code de la santé publique, art. L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire) Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention	41
TITRE II SUIVI DES PATIENTS.....	63
• <i>Article 2</i> (art. L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique) Admissions en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	63
• <i>Article 3</i> (art. L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-4, L. 3213-5, L. 3213-5-1 [nouveau], L. 3213-6 et L. 3213-8 à L. 3213-11 du code de la santé publique) Admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet	67
• <i>Article 4</i> (art. L. 3214-1 à L. 3214-4 du code de la santé publique) Admissions en soins psychiatriques sans consentement des personnes détenues	75
• <i>Article 5</i> (art. L. 3215-1 à L. 3215-4 du code de la santé publique) Harmonisations des infractions pénales	80
• <i>Article additionnel après l'article 5</i> (art. L. 3216 [nouveau] du code de la santé publique) Unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte	82
• <i>Article 6</i> (art. L. 3222-4 du code de la santé publique) Organisation de la prise en charge psychiatrique	89
• <i>Article 14 Dispositions transitoires</i>	90
EXAMEN EN COMMISSION.....	91
ANNEXES.....	107
ANNEXE 1 – LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR.....	108
ANNEXE 2 – SCHÉMAS DES PROCÉDURES DE L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE	109

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS

La commission des lois, réunie le mercredi 27 avril 2011, sous la présidence de **M. Jean-Jacques Hyest**, président, a examiné le rapport pour avis de **M. Jean-René Lecerf** sur le projet de loi n° 2494 (2010-2011), complété par lettre rectificative n° 3116, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Après avoir rappelé que la saisine pour avis de la commission des lois sur ce texte se justifiait par la nature de certaines questions, qui ressortissent directement de son champ de compétence, **M. Jean-René Lecerf**, rapporteur, a précisé que les **articles 1^{er} à 6 du projet de loi** méritaient un examen de la commission.

La commission a adopté **36 amendements** de son rapporteur tendant notamment à :

- étendre la compétence du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles, en :

a) dotant le juge des libertés et de la détention (JLD) du pouvoir de **transformer** une mesure d'hospitalisation complète en **soins ambulatoires** ;

b) prévoyant le contrôle de plein droit par le JLD des mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte, à compter du 1^{er} septembre 2012 ;

c) prévoyant en toutes hypothèses l'intervention de plein droit du JLD en cas de désaccord entre le préfet et le corps médical, à compter du 1^{er} septembre 2012 ;

d) **unifiant au profit du juge judiciaire le contentieux** de l'hospitalisation sous contrainte, à compter du 1^{er} septembre 2012 ;

- permettre au JLD de statuer dans des conditions garantissant la sérénité des débats en lui donnant la possibilité de ne pas statuer publiquement et en **encadrant le recours à la visioconférence** ;

- ne pas déroger aux règles de procédure de droit commun en matière d'appel des décisions du JLD ;

- étendre et préciser le « droit à l'oubli » applicable aux personnes potentielles dangereuses ;

- supprimer la possibilité pour le tuteur ou le curateur d'intervenir à titre personnel ;

- faire évoluer, au 1^{er} septembre 2012, l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris en un hôpital psychiatrique de droit commun.

Elle a, en conséquence, donné un avis favorable à l'adoption des articles dont elle s'est saisie, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

Mesdames, Messieurs,

Notre assemblée est saisie du projet de loi n° 2494 déposé le 5 mai 2010 à l'Assemblée nationale relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Ce projet de loi a été complété par une lettre rectificative n° 3116 déposée le 26 janvier 2011 qui, pour l'essentiel, vise à tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 portant sur l'hospitalisation d'office.

Ce texte, adopté par l'Assemblée nationale le 22 mars 2011, réforme en profondeur le **cadre juridique de l'hospitalisation sous contrainte**, hérité de la loi du 27 juin 1990, dite « loi Evin ».

Modifiant essentiellement des dispositions du code de la santé publique, il réécrit quasiment tous les chapitres du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie dudit code, avec pour objectif d'aboutir à une **meilleure conciliation** entre trois principes de même valeur constitutionnelle mais largement antagonistes : le droit à la santé, la sauvegarde de l'ordre public et les libertés individuelles.

Le texte du Gouvernement entend définir **un nouvel équilibre** afin de tenir compte des progrès des traitements psychiatriques médicamenteux, de renforcer les droits des personnes soignées, de mieux protéger la société mais également de répondre aux exigences posées par le Conseil constitutionnel en matière de contrôle juridictionnel.

Votre commission a souhaité se saisir pour avis du **volet judiciaire** du texte, qui relève des articles 1 à 5, la commission des affaires sociales ayant été saisie au fond¹.

¹ Cf. rapport de notre collègue Mme Muguette Dini.

La saisine de votre commission, que de nombreuses personnes entendues par votre rapporteur ont saluée, est nécessaire en raison des points **qui intéressent directement son champ de compétence** : les libertés individuelles et les garanties juridictionnelles qui s'attachent à leur privation, les modalités de contrôle de l'autorité judiciaire (audience par visioconférence, délais d'intervention, possibilités d'appel suspensif...), l'impact de la réforme sur l'organisation judiciaire, la répartition des compétences entre les deux ordres de juridiction, la protection de l'ordre public...

Votre rapporteur insiste d'emblée sur la nécessité d'éviter tout amalgame entre **troubles psychiatriques, délinquance** et **dangerosité**, même si une réforme de l'hospitalisation sous contrainte a pu être envisagée en 2006 dans le cadre du projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, ce qui a pu heurter les malades et leur famille.

Même si aucune étude nationale en France n'a été menée sur les actes de délinquance ou de dangerosité des personnes atteintes de troubles mentaux ayant fait l'objet d'une hospitalisation sans consentement, il n'en demeure pas moins que, selon les informations communiquées par le ministère de la santé à votre rapporteur, les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que **rarement impliquées** dans des actes de violence commis à l'égard de tiers et que les comportements de violence grave sont **exceptionnels** chez ces personnes.

En fait, les personnes atteintes de troubles mentaux sont bien plus souvent **victimes qu'auteurs d'actes de violence**, qu'il s'agisse de violences exercées sur elles-mêmes - automutilation et suicide (12 à 15 % des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou bipolaires se suicident) - ou de violences subies : elles sont ainsi 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale. Cette violence s'ajoute à la souffrance de ces personnes.

* * *
*

I. LE PROJET DE LOI : UNE MEILLEURE CONCILIATION ENTRE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE, LA SAUVEGARDE DE L'ORDRE PUBLIC ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ

A. LA LÉGISLATION EN VIGUEUR

1. Une législation ancienne et stable...

Les dispositions actuelles du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation sous contrainte sont issues d'une législation à la fois **ancienne et stable**.

- **la loi du 30 juin 1838, dite « loi Esquirol »**

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, dite « loi Esquirol », s'inspire des réflexions de Jean-Etienne d'Esquirol (1772-1840), médecin qui considère qu'un fou est un malade qui peut guérir s'il reçoit des soins adaptés à son état mental. La loi consacre **deux modalités d'entrée en soins** :

- le régime du placement dit « volontaire » des aliénés, à la demande de la famille, sur avis d'un médecin extérieur à l'hôpital susceptible d'accueillir le malade et ne devant pas être parent dudit malade ;

- le régime du placement dit « d'office », décidé par arrêté préfectoral lorsqu' « *est menacé l'ordre public ou la sûreté des personnes* ».

Cette loi se caractérise par une **longévité exceptionnelle** : elle n'a été modifiée qu'à deux reprises, en 1981 et surtout en 1990.

- **la loi du 2 février 1981, dite « Sécurité et liberté »**

La loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981¹ contribue à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, **d'organiser un débat contradictoire et de motiver sa décision**, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration.

Ainsi, depuis 1981, le juge judiciaire n'a plus à se limiter à vérifier si l'internement est médicalement justifié : il doit également s'assurer que la décision est **bien fondée** eu égard à l'état de personne. Cette **montée en puissance du contrôle du juge** est rendue nécessaire par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme².

¹ Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.

² Voir notamment l'arrêt *Wintertep c/ Pays-Bas* du 24 octobre 1979 qui a reconnu aux personnes placées sous un régime privatif de liberté en hôpital psychiatrique le droit de contester les constatations médicales et sociales fondant cette mesure.

- **la loi du 27 juin 1990, dite « loi Evin »**

Enfin, la loi du 27 juin 1990, dite « loi Evin »¹, est venue remplacer la loi de 1838 précitée.

Cette loi consacre les **droits des personnes hospitalisées contre leur gré** mais conserve toutefois les deux modes d'hospitalisation sans consentement prévus par la loi de 1838 : le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office et le placement volontaire cède la place à l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

2. Les différentes modalités d'hospitalisation sous contrainte

Comme le souligne l'étude d'impact jointe au projet de loi, **l'hospitalisation libre** constitue aujourd'hui le régime le plus fréquent d'admission en psychiatrie : elle représente **plus des trois quarts des personnes prises en charge par les hôpitaux psychiatriques**.

Votre rapporteur ne peut que se féliciter de tels chiffres : en effet, le droit de refuser un traitement est lié à l'autonomie de la volonté. Le droit fondamental du patient de **consentir au traitement de manière libre et éclairée** et de **retirer ce consentement à tout moment** est reconnu à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique². Ce droit a d'ailleurs été renforcé par l'article 3 de la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie, dite « loi Léonetti »³.

Toutefois, l'état de certaines personnes atteintes de troubles mentaux justifie l'existence de **procédures d'hospitalisation sous contrainte**.

Il ne revient pas au présent rapport pour avis de dresser un état des lieux de la santé mentale en France. On se reportera au rapport de notre collègue député Guy Lefrand qui juge la situation préoccupante et appelle de ses vœux un grand plan de santé mentale en France⁴.

Deux chiffres sont toutefois à retenir : en France, on estime que 20 % de la population française souffre d'une pathologie psychiatrique et 1 % de schizophrénie, qui constitue sans doute la maladie mentale la plus grave⁵.

¹ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

² Le principe du consentement implique que la personne en hospitalisation psychiatrique libre peut quitter l'établissement quand elle le souhaite.

³ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

⁴ Rapport n° 3189 fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 mars 2011 (pages 13 à 24) : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r3189.asp>.

⁵ Les autres pathologies psychiatriques les plus courantes sont le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif.

Les personnes atteintes d'un trouble mental pouvant, dans certains cas, représenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, notre droit a prévu - dès 1838 on l'a dit – deux procédures d'hospitalisation sous contrainte : **l'hospitalisation d'office** et celle sur **demande d'un tiers**.

Chaque année, environ 80.000 personnes sont hospitalisées sous contrainte : 17.000 le sont d'office et 63.000 sont à la demande d'un tiers. 50 % des personnes hospitalisées contre leur gré sont atteintes de schizophrénie.

(1) L'hospitalisation d'office (HO)

Le code de la santé publique définit **deux types de mesure d'hospitalisation d'office**, résumées dans le tableau ci-dessous :

	Hospitalisation d'office de droit commun	Hospitalisation d'office en urgence
Article du code de la santé publique	Article L. 3213-1	Article L. 3213-2
Autorité compétente pour prononcer la mesure	- à Paris, le préfet de police ; - dans les autres départements, les préfets	- à Paris, les commissaires de police ; - dans les autres départements, les maires
Conditions d'hospitalisation	2 conditions cumulatives : - la personne doit présenter <i>des « troubles mentaux [qui] nécessitent des soins¹ et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »</i> - la décision du préfet est prise <i>« au vu d'un certificat médical circonstancié »</i>	2 conditions cumulatives : - la personne doit présenter un comportement révélant <i>« des troubles mentaux manifestes »</i> ; - présence d'un <i>« danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique »</i>

(2) L'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Le code de la santé publique prévoit une seconde procédure d'hospitalisation sous contrainte : il s'agit de l'hospitalisation sur **demande d'un tiers**.

¹ On notera que la loi ne fixe pas de critères pour définir la nécessité de soins. La Haute autorité de santé recommande une « définition négative » : la nécessité de soins est établie si l'absence de soins peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié.

Définie à l'article L. 3212-1, cette procédure ne peut être engagée que si **trois conditions cumulatives** sont réunies :

- la personne doit être atteinte de troubles mentaux ;
- ses troubles rendent impossible son consentement ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Le même article L. 3212-1 et l'article L. 3212-2 précisent le **régime applicable** :

- la demande d'admission doit être accompagnée de **deux certificats médicaux** datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les trois conditions ci-dessus sont remplies ; le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin étranger à l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut, lui, exercer dans l'établissement accueillant le malade ;

- la demande d'admission doit être présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil ;

- la demande doit comporter les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté ;

- l'admission en soins est prononcée par le directeur de l'établissement psychiatrique.

Précisons, pour conclure, qu'une personne peut passer d'un **régime d'hospitalisation libre** à celui d'**hospitalisation sous contrainte**. Il suffit pour cela que l'état de la personne malade réponde aux critères de l'HDT ou de l'HO énoncés plus haut.

Il est toutefois impossible de savoir s'il est fréquent ou non qu'un tel changement de régime intervienne, le ministère de la santé ayant indiqué à votre rapporteur qu'**il ne disposait pas de statistiques en la matière**.

B. LE PROJET DE LOI

Le présent projet de loi réforme le droit de l'hospitalisation sous contrainte, issu, on l'a dit, de la loi du 27 juin 1990, afin d'aboutir à une **meilleure conciliation** entre trois principes : la santé, la sécurité des

personnes et les libertés individuelles. Ces trois principes ont **valeur constitutionnelle**. En effet :

- le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 prévoit que la Nation garantit à tous « *le droit à la protection de la santé* », qui constitue l'une des exigences constitutionnelles que le législateur ne doit pas priver de garanties légales. Ce droit est particulièrement important en matière d'hospitalisation sans consentement puisque sous les deux formes qu'elle revêt (HO et HDT), elle suppose que la personne soit atteinte de troubles mentaux nécessitant des soins (cf. *supra*) ;

- la protection de l'ordre public constitue également un principe constitutionnel ; plus exactement, il s'agit d'un **objectif de valeur constitutionnelle** qui doit être concilié avec le respect des libertés comme le rappelle régulièrement le Conseil constitutionnel¹ ; la sauvegarde de l'ordre public est un principe également applicable à l'hospitalisation sous contrainte, dans son seul aspect relatif à l'hospitalisation d'office puisque la dangerosité pour autrui n'entre pas dans les critères d'une hospitalisation à la demande d'un tiers ;

- enfin, la liberté individuelle, dont fait partie la liberté d'aller et venir, est garantie par l'article 66 de la Constitution, qui dispose que « *nul ne peut être arbitrairement détenu* » et que « *l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ». La liberté d'aller et venir est naturellement opposable à l'hospitalisation sous contrainte qui conduit à enfermer des personnes atteintes d'un trouble mental.

Le droit de l'hospitalisation sous contrainte repose donc sur un **équilibre délicat** entre trois principes de même valeur mais largement antagonistes. Le projet de loi, complété par une lettre rectificative, entend définir un **nouvel équilibre** afin de tenir compte des progrès des traitements psychiatriques médicamenteux, de renforcer les droits des personnes soignées, de mieux protéger la société mais également de répondre aux exigences posées récemment par le Conseil constitutionnel.

1. L'enfermement, une modalité de soins parmi d'autres

En premier lieu, le projet de loi vise à diversifier les modes de prise en charge des personnes atteintes de trouble mental en ouvrant des **alternatives à l'hospitalisation complète**.

Autrement dit, le texte fait de l'enfermement **une modalité de soins parmi d'autres** alors que le droit en vigueur ne permet de prendre en charge une personne sans son consentement que sous la forme d'une hospitalisation

¹ Voir, pour une des premières décisions, la décision du 12 janvier 1977 dite « fouille des véhicules ».

complète, c'est-à-dire à **temps plein**, que la personne ait été hospitalisée dans le cadre d'une HO ou d'une HDT. Le texte met ainsi fin au primat de l'enfermement.

L'objectif poursuivi par le texte est d'adapter la loi à **l'évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques désormais disponibles**, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation complète.

Cette évolution permet de supprimer le dispositif critiqué des **sorties d'essai** destinées « à *favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale* » des personnes qui ont fait l'objet d'une HDT ou d'une HO.

Le dispositif des **sorties d'essai** est **fréquemment utilisé** et leur durée a eu tendance à **augmenter** ces dernières années, au point de durer parfois plusieurs années.

En conséquence, le projet de loi fait le choix de supprimer le dispositif des sorties d'essai et de le remplacer par des **soins ambulatoires**, c'est-à-dire extrahospitaliers, **encadrés**. A cette fin, il propose plusieurs évolutions significatives dans le dispositif de prise en charge des personnes malades.

En premier lieu, une personne internée, dans le cadre d'une HO comme dans celui d'une HDT, serait tout d'abord soumise à une **période d'observation** d'une durée maximale de **soixante-douze heures** (3 jours), sous forme obligatoirement d'une hospitalisation complète, c'est-à-dire d'enfermement. Pendant cette période, **deux certificats médicaux** doivent être réalisés par un psychiatre aux fins de confirmer ou infirmer la nécessité des soins.

Le texte distingue **deux hypothèses** à l'issue de cette période d'observation¹ :

- soit au moins un des deux certificats médicaux constatant l'état mental de la personne **infirme** la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte et deux cas de figure sont alors possibles selon l'origine de la demande d'admission en soins psychiatriques :

- dans le cadre d'une demande présentée par un tiers, le directeur d'établissement psychiatrique **prononce immédiatement** la levée de cette mesure ;
- dans le cadre d'une demande présentée par le préfet, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les 24 heures à ce dernier qui se prononce sur la levée de la **mesure d'hospitalisation complète** dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

¹ Voir en annexe le schéma résumé de la procédure.

- soit deux certificats médicaux constatant l'état mental de la personne **confirment** la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte et la personne peut alors être prise en charge selon deux modalités : soit sous la forme d'une **hospitalisation complète**, soit sous **une forme ambulatoire**.

En second lieu, le projet de loi prévoit, au-delà de la période d'observation, la possibilité de passer **d'une forme de prise en charge à une autre**, sur proposition du psychiatre qui prend en charge le patient.

Enfin, est expressément ouverte la possibilité de réintégrer le patient suivi en soins ambulatoires dans une structure hospitalière, **en cas de non-respect du protocole de soins**.

2. Le contrôle juridictionnel de l'hospitalisation sous contrainte

a) Le recours systématique au juge en cas d'hospitalisation complète sans consentement

Le présent projet de loi a été complété par une **lettre rectificative** déposée par le Gouvernement le 26 janvier 2011 afin de tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-71 (QPC) du 26 novembre 2010.

La décision du Conseil constitutionnel

Le Conseil d'État avait en effet renvoyé au Conseil constitutionnel, le 24 septembre 2010, une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) portant sur les articles du code de la santé relatifs au régime d'hospitalisation sans consentement en général et à l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) en particulier. Le Conseil constitutionnel avait à se prononcer, pour la première fois, sur la constitutionnalité du droit de l'hospitalisation sans consentement.

Le Conseil a distingué les **conditions d'admission** et le **maintien de l'hospitalisation**.

En ce qui concerne les **conditions d'admission**, il a les estimées conformes à la Constitution dès lors que si l'article 66 de la Constitution exige que toute privation de liberté individuelle soit placée sous le **contrôle** de l'autorité judiciaire, gardien de cette liberté, **il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté**.

Ce point mérite que l'on s'y arrête.

Comme le souligne le Conseil constitutionnel dans son « Cahier n° 30 », commentant la décision précitée du 26 novembre 2010, sa jurisprudence n'a jamais exigé que le juge judiciaire **prononce lui-même** la rétention administrative des étrangers ou la garde à vue, qui sont d'autres mesures de privation de liberté. Il n'y avait donc aucune raison constitutionnelle pour que, s'agissant d'une mesure qui est fondée soit sur des motifs purement médicaux soit également sur des fins d'ordre public,

la compétence soit confiée au juge. Le Conseil constitutionnel a donc jugé que l'article 66 de la Constitution n'imposait pas la judiciarisation *ab initio* de l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Toutefois, le Conseil a jugé nécessaire d'encadrer l'entrée dans le dispositif de l'hospitalisation sans consentement de **garanties suffisantes**. Il a en particulier précisé que les atteintes portées à l'exercice des libertés constitutionnellement garanties devaient « *être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis* ». Il a insisté, à cet égard, sur l'importance de la **pluralité des certificats médicaux** nécessaires avant une hospitalisation à la demande d'un tiers.

En ce qui concerne le **maintien de l'hospitalisation**, le Conseil constitutionnel avait à se prononcer sur la question suivante : le rôle de l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, impose-t-il qu'au-delà d'une certaine durée, le maintien de la privation de liberté ne puisse se faire sans une décision de l'autorité judiciaire ?

Le Conseil constitutionnel a répondu à cette question par l'affirmative ; il a ainsi censuré l'article L. 3212-7 du code de la santé publique qui prévoit qu'au-delà des quinze premiers jours, le maintien en hospitalisation peut être maintenu pour une durée maximale d'un mois, renouvelable, au vu d'un certificat médical circonstancié indiquant que les conditions de l'hospitalisation sont toujours réunies. Le Conseil a en effet rappelé les exigences découlant de l'article 66 de la Constitution **selon lesquelles la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge judiciaire, gardien de cette liberté, intervient dans le plus court délai possible**. Le Conseil constitutionnel a donc déclaré l'article L. 3212-7 contraire à la Constitution.

Votre rapporteur relève qu'en droit français, toutes les autres privations de liberté, qu'elles relèvent de la police administrative ou judiciaire, sont soumises à ce **régime de confirmation** : passé un délai, la personne ne peut être retenue contre sa volonté que par décision judiciaire.

En effet, dans sa décision du 9 janvier 1980, le Conseil constitutionnel avait censuré des dispositions qui reportaient **au septième jour** l'intervention judiciaire pour les étrangers retenus. Le Conseil avait jugé : « *Considérant, toutefois, que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible ; que, s'il en est ainsi dans le cas prévu à l'article 3 de la loi qui subordonne à la décision du juge le maintien, au-delà de quarante-huit heures, de l'intéressé dans les locaux où il est retenu, il n'en va pas de même dans le cas prévu à l'article 6 de la loi dès lors que, dans cette dernière éventualité, l'intervention du juge n'est déclarée nécessaire que pour prolonger, au-delà de sept jours, le régime de détention auquel l'étranger est soumis ; qu'ainsi, du fait qu'il prévoit que la personne expulsée, en application des dispositions du 1 au 4 dudit article 23, peut être maintenue en détention pendant sept jours sans qu'un juge ait à intervenir, de plein droit ou à la demande de l'intéressé, le*

sixième alinéa de l'article 23 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, tel qu'il résulte de l'article 6 de la loi soumise au Conseil constitutionnel, n'est pas conforme à la constitution. »¹.

Cette décision a été récemment confirmée pour d'autres mesures de privation de liberté, qu'il s'agisse de la garde à vue² ou de la retenue douanière³, pour lesquelles le Conseil a considéré que l'intervention de l'autorité judiciaire était requise pour la prolongation de la mesure **au-delà de quarante-huit heures**.

Le Conseil a noté que le droit de l'hospitalisation sous contrainte ne respectait pas cette exigence essentielle pour la préservation de la liberté individuelle. **Certes, il reconnaît aux personnes hospitalisées la liberté de saisir le juge.** Toutefois, comme le souligne très justement le « Cahier n°30 » précité, *« il est toutefois paradoxal que ce soit celles dont les facultés sont altérées dans des conditions qui peuvent faire obstacle à ce qu'elles puissent exercer effectivement le droit de recours au juge qui soient, en France, les seules personnes pour qui la privation de liberté n'est pas soumise à un **contrôle systématique** de l'autorité judiciaire mais n'est soumise à ce contrôle qu'au prix d'un acte de leur part qui, au demeurant, les contraint à manifester leur défiance envers ceux qui les soignent »*.

Le Conseil a donc exigé un **contrôle juridictionnel de plein droit** des décisions de maintien en hospitalisation sans consentement.

Dès lors, il s'est posé la question du délai dans lequel une intervention de l'autorité judiciaire est exigée. Le Conseil a estimé que le délai de **48 heures** applicable en matière de garde à vue **n'était pas transposable à l'hospitalisation sans consentement**. Il lui est en effet apparu nécessaire de prendre en compte la spécificité de la problématique médicale : l'analyse juridique de la relation du médecin au malade, même dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, ne peut être comparée à la relation qui existe entre l'officier de police judiciaire et le suspect. En conséquence, il a fixé à **quinze jours** le délai à compter duquel une intervention de l'autorité judiciaire est requise en matière d'hospitalisation sans consentement.

Enfin, le Conseil s'est également posé la question des délais dans lesquels le juge judiciaire doit statuer. En effet, l'article L. 3211-12 du code de la santé publique prévoit que la personne en HDT ou en HO, ou toute personne

¹ *Décision n° 79-109 DC du 9 janvier 1980, Loi relative à la prévention de l'immigration clandestine et portant modification de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des étrangers et portant création de l'office national d'immigration, cons. 4. L'analyse de cette décision fait d'ailleurs actuellement l'objet de débats parlementaires, dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à l'immigration, débats portant sur le délai d'intervention du JLD en matière de rétention administrative. Au cours de sa séance du 14 avril 2011, le Sénat, sur proposition de votre commission, a prévu l'intervention du JLD dans un délai de quatre jours, de préférence au délai de cinq jours du projet de loi initial, rétabli par l'Assemblée nationale après sa suppression par le Sénat.*

² *Décision n° 2010-14/22 QPC du 30 juillet 2010, M. Daniel W. et autres (garde à vue), cons. 26.*

³ *Décision n° 2010-32 QPC du 22 septembre 2010, M. Samir M. et autres (retenue douanière).*

intéressée, dispose du droit de saisir à tout moment le tribunal de grande instance pour qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement mais ne prévoit aucun délai pour l'intervention du juge. Le Conseil constitutionnel a formulé **une réserve d'interprétation** pour que le juge judiciaire soit tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate **dans les plus brefs délais**.

Rappelons, à cet égard, que par quatre arrêts de 2002¹, confirmés par un arrêt du 27 octobre 2005² et encore tout récemment le 18 novembre 2010³, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la France, compte tenu du **délai excessif** dans lequel les tribunaux judiciaires avaient statué sur la légalité des internements psychiatriques et les demandes de sortie immédiate. Étaient en particulier en cause les délais de réalisation des expertises ordonnées par le juge. La norme de référence en cette matière est non pas le « *délai raisonnable* » de l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, mais le « *bref délai* » de son article 5 § 4⁴. La jurisprudence est particulièrement vigilante et n'apprécie pas seulement la durée globale de la procédure : elle examine si chaque étape a été traitée avec suffisamment de diligence. Le Conseil a toutefois estimé que **la lacune de l'article L. 3211-12 précité ne méritait pas la censure** et qu'il pouvait y être remédié par une réserve d'interprétation. Il a donc jugé que cet article n'était conforme à la Constitution que sous réserve que la règle de procédure exige que le juge statue dans un **bref délai**.

Le texte du projet de loi tel que complété par la lettre rectificative

Le présent projet de loi, qui avait été déposé le 5 mai 2010, a été complété le 26 janvier 2011 par une **lettre rectificative** afin de tenir compte de la décision précitée du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010.

Le projet de loi initial a été **modifié sur deux points importants**.

¹ CEDH, 18 juin 2002, *Delbec c. France*, n° 43125/98 ; 27 juin 2002, *D.M. c. France*, n° 41376/98 ; 27 juin 2002, *L.R. c. France*, n° 33395/96 et 5 novembre 2002, *Laidin c. France*, n° 43191/98.

² CEDH, 27 octobre 2005, *Mathieu c. France*, n° 68673/01.

³ CEDH, 18 novembre 2010, *précité*.

⁴ L'article 5-4 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose que « toute personne privée de sa liberté a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention ».

En premier lieu, a été prévu un contrôle de plein droit par le juge des libertés et de la détention (JLD) des hospitalisations complètes sans consentement, qu'elles aient été prononcées d'office ou à la demande d'un tiers¹, avant le **15^{ème} jour**, lorsque la durée de l'hospitalisation complète doit se prolonger au-delà de cette échéance. Il s'agit-là d'une application stricte de l'exigence minimale fixée par le Conseil constitutionnel.

En revanche, le Conseil constitutionnel n'ayant pas précisé dans quelle mesure ce contrôle juridictionnel devait être renouvelé ensuite dans l'hypothèse où les soins se prolongeraient, le Gouvernement a choisi une intervention **tous les six mois**, c'est-à-dire :

- avant le sixième mois, lorsque l'hospitalisation doit se prolonger au-delà d'une durée de six mois ;

- puis tous les six mois lorsque la mesure est renouvelée pour de telles durées.

Dans chacune de ces hypothèses, la lettre rectificative précise que le JLD statue **à bref délai** (cf. supra), après organisation d'un **débat contradictoire**, qui pourra être organisé par **visioconférence**, en l'absence d'opposition du patient.

En second lieu, la décision du Conseil constitutionnel a contraint le Gouvernement à réexaminer la question de **l'allégement des exigences en matière de certificats médicaux** requis préalablement à l'admission (cf. supra).

En effet, pour les admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers, le projet de loi initial prévoyait que la demande de soins devait être accompagnée d'un **seul certificat médical** alors que le droit actuel en exige deux. De la même façon, pour les admissions en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, le projet initial prévoyait que le certificat initial fondant l'intervention du préfet pouvait émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement, contrairement aux dispositions applicables aujourd'hui. Il est donc apparu nécessaire au Gouvernement de revenir aux exigences en vigueur actuellement et **de renoncer aux mesures de simplification envisagées dans le projet de loi initial**.

¹ Il est intéressant de noter que, dans ses observations, la requérante demandait au Conseil constitutionnel d'étendre sa saisine aux dispositions du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation d'office (HO). Sans contester que le litige à l'origine de la QPC porte sur une procédure d'HDT, elle faisait valoir, d'une part, qu'elle avait également fait l'objet, par ailleurs, de mesures d'HO et, d'autre part, que l'inconstitutionnalité des dispositions relatives à l'HDT emportait nécessairement celle des dispositions relatives à l'HO. Le Conseil a toutefois rappelé qu'il est lié par les dispositions que le Conseil d'État a décidé de lui renvoyer en appréciant souverainement leur applicabilité au litige. Il a donc écarté la demande faite en ce sens (cons. 11 et 12). Toutefois, si la décision du Conseil constitutionnel ne porte que sur les hospitalisations à la demande d'un tiers, la portée des principes dégagés dans cette décision dépasse le cadre de cette seule procédure. Ils doivent donc être également mis en œuvre s'agissant des hospitalisations décidées par l'autorité publique.

- *la possibilité pour une ordonnance du JLD de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète de faire l'objet d'un recours suspensif*

Le projet de loi prévoit que l'ordonnance du JLD est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Il pose le principe selon lequel l'appel des décisions du JLD **n'est pas suspensif**, sauf demande du procureur de la République s'il estime que la sortie de la personne de l'hôpital, prononcée par le JLD, présente un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui**. Dans ce cas, l'appel est formé dans un délai de **six heures** à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine.

b) Le recours facultatif au juge pour les soins ambulatoires sans consentement

Comme indiqué précédemment, le projet de loi propose de diversifier les modes de prise en charge des personnes atteintes de trouble mental en ouvrant des **alternatives à l'hospitalisation complète** sous forme de soins ambulatoires.

Le texte prévoit en effet qu'à l'issue d'une période d'observations, d'une durée maximale de **soixante-douze heures**, un certificat médical constatant l'état mental de la personne pourrait imposer des soins psychiatriques ambulatoires sous contrainte définis dans un protocole de soins.

Le Gouvernement a fait le **choix de ne pas prévoir un recours systématique au juge judiciaire** pour ce type de soins, à la différence des soins en hospitalisation complète. En effet, le patient reçoit des soins **sous contrainte** et non des **soins forcés** puisqu'il pourrait refuser de s'y soumettre. Pour la personne concernée, la contrainte est donc caractérisée, non par **l'obligation de se soigner, mais par la menace d'être hospitalisée en cas de refus**.

Le Gouvernement estime donc que son projet apporte des garanties proportionnées à chaque situation : **recours systématique pour l'hospitalisation complète et recours facultatif pour les soins ambulatoires sans consentement**.

3. Une procédure spécifique pour les malades potentiellement dangereux

Le projet de loi prévoit des dispositions spécifiques applicables à **certaines personnes susceptibles d'« actes graves de violence »** selon l'exposé des motifs du projet de loi n° 2494.

a) *Les deux catégories de patients dont la dangerosité potentielle apparaît comme plus élevée*

Le projet de loi distingue **deux catégories de patients** dont la dangerosité potentielle apparaît comme plus élevée :

- les personnes qui ont été reconnues **pénalement irresponsables** et ont fait l'objet d'une « **hospitalisation d'office judiciaire** » ;
- les personnes faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

En premier lieu, l'« **hospitalisation d'office judiciaire** » est une mesure d'internement sans consentement demandée ou prononcée par l'autorité judiciaire sur le fondement de **deux dispositions légales différentes** :

- il s'agit, d'une part, de l'article **L. 3213-7 du code de la santé publique**, qui prévoit la possibilité pour les autorités judiciaires, lorsqu'elles estiment que l'état mental d'une personne reconnue pénalement irresponsable à raison de ses troubles mentaux « *nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public* », de **saisir le préfet**, lequel doit alors prendre « *sans délai toute mesure utile* », ce qui signifie en pratique une demande d'expertise psychiatrique, au vu de laquelle le préfet peut ordonner une hospitalisation d'office dans les conditions du droit commun.

- il s'agit, d'autre part, de l'article **706-135 du code de procédure pénale**, qui permet à la chambre de l'instruction ou à une juridiction de jugement, lorsqu'elle prononce un arrêt ou un jugement de **déclaration d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental, d'ordonner « *par décision motivée* » l'hospitalisation d'office de la personne « *s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ».

On relèvera que l'hospitalisation d'office est alors prononcée par **l'autorité judiciaire elle-même** alors qu'elle l'est par le **préfet** dans le cadre de l'article L. 3213-7 précité.

En second lieu, le projet de loi range parmi les patients susceptibles de représenter un danger pour autrui, outre les personnes qui ont fait l'objet d'une « hospitalisation d'office judiciaire », celles qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Ces unités assurent **l'hospitalisation à temps complet des patients** nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières et présentant en outre un état **dangereux majeur, certain et imminent**.

b) Les dispositions spécifiques applicables à ces deux catégories de patients

Le projet de loi prévoit **quatre procédures spécifiques** pour les **deux catégories de patients** précédemment définies.

En premier lieu, le projet de loi **limite les sorties de courte durée** dont peuvent bénéficier ces personnes. Ces sorties, qui ne doivent pas être confondues avec les sorties d'essais, supprimées par le projet de loi, sont prévues à l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique : elles sont accordées pour une période de douze heures maximum et fondées sur un motif thérapeutique ou destinées à permettre au patient d'effectuer une démarche extérieure à l'établissement. L'article L. 3211-11-1 précité dispose que, dans le cas des personnes en HO, l'autorisation de sortie de courte durée est accordée **sauf veto exprès du préfet**. Le texte prévoit en effet que le directeur de l'établissement transmet à ce dernier les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation 48 heures avant la date prévue pour la sortie de courte durée. Sauf opposition du préfet, la sortie peut avoir lieu au terme de ce délai. Autrement dit, **le silence du préfet vaut décision implicite d'autorisation**. Le projet de loi renverse cette logique pour les personnes potentiellement dangereuses évoquées plus haut en prévoyant qu'une **autorisation explicite du préfet** est alors requise (article 1^{er}, alinéa 59).

En second lieu, pour les deux catégories de personnes présumées dangereuses, le texte garantit que la décision de plein droit du JLD en matière d'hospitalisation complète soit **éclairée par suffisamment d'informations** sur l'état mental du patient (article 1^{er}, alinéas 86 et 89)

Ainsi, quelle que soit la décision qu'il envisage, le juge devra avoir, **avant de statuer**, recueilli **l'avis d'un collège de soignants**, composé de deux psychiatres et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

En outre, s'il envisage de prononcer la mainlevée de l'hospitalisation complète, le juge devra avoir ordonné préalablement **deux expertises** établies par des psychiatres inscrits sur une liste établie par le Procureur de la République.

Il est également précisé que le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège de soignants et les deux expertises doivent lui être remis. Ce délai sera établi dans une limite fixée par décret en Conseil d'État, afin de garantir qu'elle soit cohérente avec les délais impartis avec l'exigence d'un jugement « à bref délai » résultant à la fois, on l'a dit, du droit européen et des réserves d'interprétation précitées du Conseil constitutionnel.

Une telle disposition est justifiée par le fait que les préfets et les magistrats rencontrent parfois des difficultés pour obtenir des expertises psychiatriques dans des délais rapides.

Toutefois, afin que la procédure judiciaire ne soit pas bloquée si le juge n'a pas reçu dans les délais impartis l'avis du collège de soignants et les expertises des deux psychiatres, il est prévu qu'une fois les délais passés, le juge pourra statuer immédiatement.

Ces procédures de consultation pour les personnes dangereuses sont plus complètes que celles de droit commun, qui prévoient seulement qu'avant de statuer, le JLD devra, quelle que soit la décision qu'il envisage, recueillir l'avis, non pas d'un collège de soignants, mais **de deux psychiatres** de l'établissement d'accueil, dont un seul participe à la prise en charge du patient : dans la procédure de droit commun, le JLD peut donc décider la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète sans avoir à recueillir d'autres expertises médicales.

En troisième lieu, le projet de loi crée une disposition spécifique applicable en cas de décision du préfet de passer **d'une hospitalisation complète à des soins ambulatoires** : cette modification dans les modalités de soins serait subordonnée à la consultation du **collège de soignants** susmentionné lorsque les personnes concernées sont celles évoquées plus haut. Une telle consultation n'est pas requise pour les autres patients.

Enfin, le projet de loi prévoit une procédure spécifique applicable à la décision de cessation d'une HO.

Dans le cadre d'une HO de droit commun, le préfet pourrait mettre fin à une HO après un **simple avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient**. Le représentant de l'Etat n'est donc pas lié par cet avis ou cette proposition : il peut décider de mettre un terme à une hospitalisation d'office contre l'avis médical¹ (article 3, alinéa 32).

Dans le cadre d'une HO judiciaire prononcée par le préfet applicable aux personnes potentiellement dangereuses, le projet de loi prévoit que le préfet ne peut mettre fin à une mesure d'HO qu'après avis du collège de soignants susmentionné et après **deux avis concordants** sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres étrangers à l'établissement. Autrement dit, le préfet ne peut, cette fois, mettre un terme à une hospitalisation d'office contre l'avis médical (article 3, alinéa 44).

On peut résumer ainsi les dispositions spécifiques proposées par le projet de loi pour les mesures d'hospitalisation d'office prononcées à l'encontre de personnes potentiellement dangereuses.

¹ Notons que cette hypothèse est assez théorique car c'est l'hypothèse inverse qui est beaucoup plus fréquente, celle où le préfet souhaite maintenir enfermée une personne que les psychiatres considèrent pourtant comme apte à sortir.

	HO de droit commun	HO « personnes potentiellement dangereuses »
Sorties de courte durée	autorisation implicite du préfet	autorisation expresse du préfet
Consultations obligatoires du JLD avant sa décision	avis (simple) de deux psychiatres de l'établissement d'accueil, dont un seul participe à la prise en charge du patient	- avis (simple) d'un collège de soignants , composé de deux psychiatres et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient - si mainlevée de l'hospitalisation complète : deux expertises psychiatriques supplémentaires
Consultations obligatoires du préfet avant une décision de passer de l'hospitalisation complète à des soins ambulatoires	aucune consultation obligatoire	avis (simple) du collège de soignants
Consultations obligatoires du préfet avant une décision de mettre fin à l'HO	avis (simple) d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient.	- avis (simple) du collège de soignants - deux avis conformes et concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres étrangers à l'établissement

4. L'encadrement de la notion de « tiers » et la création d'une nouvelle mesure : l'hospitalisation en cas de péril imminent

Le projet de loi encadre la notion de « tiers » susceptibles de solliciter une HDT afin de mettre un terme à certaines pratiques, responsables d'une forte augmentation du nombre des HDT depuis les années 1990, consistant à ce que la demande d'HDT soit signée, par exemple, par une assistante sociale.

Le texte consacre ainsi la jurisprudence du Conseil d'Etat qui a exigé que le tiers, à défaut de pouvoir faire état du lien de parenté avec le malade, justifie **de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.**

En contrepartie de l'encadrement de la notion de « tiers », le projet de loi crée une **nouvelle procédure** : la procédure d'admission « sans tiers » **en cas de péril imminent** afin de répondre aux difficultés rencontrées dans la recherche de tiers.

Outre les critères généraux de l'HDT, rappelés dans le tableau ci-après, **deux conditions** doivent donc être réunies :

- l'absence de tiers ;
- l'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne.

Par ailleurs, dans le cadre de cette nouvelle procédure, l'admission en soins psychiatriques serait subordonnée à la production d'**un seul certificat médical**, contre **deux pour l'admission à la demande d'un tiers.**

Les deux régimes peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous :

	Admission à la demande d'un tiers	Admission en cas de péril imminent
Conditions d'admission communes aux deux mesures	- la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier	
Conditions spécifiques	- deux certificats médicaux requis	- existence d'un péril imminent pour la santé de la personne - un seul certificat médical requis

5. L'impact sur l'organisation judiciaire

Dans sa décision précitée n° 2010-71 (QPC) du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel a considéré qu'une **abrogation immédiate** des dispositions du code de la santé publique jugées par lui inconstitutionnelles « *entraînerait des conséquences manifestement excessives* », au regard des « *exigences de la protection de la santé* » et de « *prévention des atteintes à l'ordre public* ». En conséquence, il a reporté au **1^{er} août 2011** la date de l'abrogation de ces dispositions.

Comme l'a indiqué, à l'Assemblée nationale, M. Michel Mercier, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, lors de la discussion générale du présent projet de loi, le 16 mars 2011, cette échéance, qui « *arrive à grands pas* », met « *l'institution judiciaire face à un véritable défi* ».

En effet, comme indiqué précédemment, le texte du Gouvernement prévoit un contrôle **de plein droit** par le JLD des hospitalisations complètes sans consentement :

- avant le **15^{ème} jour**, lorsque la durée de l'hospitalisation complète doit se prolonger au-delà de cette échéance ;

- avant le **sixième mois**, lorsque l'hospitalisation doit se prolonger au-delà d'une durée de six mois ;

- puis **tous les six mois** lorsque la mesure est renouvelée pour de telles durées.

M. Michel Mercier s'est certes félicité de la mise en œuvre de ce contrôle systématique, « *qui est d'abord un progrès de l'État de droit et doit être salué comme tel* », mais a souligné qu'il « *exigera des juridictions et de l'ensemble des acteurs judiciaires un effort considérable et une mobilisation sans précédent* ».

L'étude d'impact jointe à la lettre rectificative évalue l'impact de la réforme sur l'organisation judiciaire (pages 57 à 61 et annexe IV). Les principaux points sont présentés ci-dessous :

a) La création de nouveaux postes

Ont été enregistrées en 2009 :

- 63.158 entrées d'hospitalisation à la demande d'un tiers ;

- 17.330 entrées d'hospitalisation d'office.

L'étude d'impact ne donne pas le nombre de nouvelles décisions juridictionnelles auxquelles donnerait lieu le nouveau régime de contrôle proposé par le Gouvernement ; **ce nombre peut toutefois être approché à partir du tableau ci-dessous, fourni en page 59 de l'étude :**

DUREE DE SEJOUR	HDT	HO
1 à 3 jours	8,31%	7,56%
3 à 8 jours	16,16%	14,93%
8 à 15 jours	17,84%	12,86%
15 à 30 jours	20,47%	15,83%
30 à 90 jours	22,67%	21,39%
90 à 365 jours	11,48%	19,12%
Plus de 365 jours	3,06%	8,31%

On en déduit que 57,7 % des HDT et 64,7 % des HO ont une **durée supérieure à 15 jours**, ce qui représenterait **47.654** saisines nouvelles du JLD ($57,70 \% \times 63158 + 64,7 \% \times 17330$).

En revanche, le tableau ci-dessus ne permet pas de connaître le nombre d'hospitalisations sous contrainte de **plus de six mois** et celles qui se prolongent **au-delà d'un an**. Il est donc difficile d'apprécier le nombre de saisines nouvelles du JLD que la réforme pourrait entraîner. L'étude d'impact évalue ce nombre à près de **14.000**.

Au total, le texte proposé pourrait conduire à plus de **61.000 saisines nouvelles pour les JLD** chaque année, qui s'ajoutent donc aux **quelques 1.800 saisines annuelles à l'heure actuelle**.

L'étude d'impact, à partir de la durée de traitement des dossiers, telle qu'elle ressort de l'analyse de l'applicatif outiltref, **évalue ainsi les besoins nouveaux en effectifs :**

- magistrats : entre 77,71 et 80,63 ETPT ;
- fonctionnaires catégorie B : entre 59,53 et 61,61 ETPT ;
- fonctionnaires catégorie C : entre 7,62 et 7,82 ETPT.

Tableau récapitulatif hypothèse haute

PROCEDURE	MAGISTRATS			FONCTIONNAIRES		
	Parquet	Siège	Total	B	C	Total
Saisine JLD 15 jours	28.37	28.37	56.73	43.37	5.73	49.10
Saisine JLD 6 mois	6.29	6.29	12.57	9.61	1.27	10.88
Saisine JLD 12 mois	2.01	2.01	4.02	3.05	0.39	3.44
Recours JLD hypothèse haute	0.67	0.67	1.34	1.04	0.13	1.17
Procédure cour d'appel hypothèse haute	2.19	2.93	5.12	3.5	0.30	3.80
Expertise	0.12	0.73	0.85	1.04		1.04
TOTAL	39.65	41	80.63	61.61	7.82	69.43

Tableau récapitulatif hypothèse basse

PROCEDURE	MAGISTRATS			FONCTIONNAIRES		
	Parquet	Siège	Total	B	C	Total
Saisine JLD 15 jours	28.37	28.37	56.73	43.37	5.73	49.10
Saisine JLD 6 mois	6.29	6.29	12.57	9.61	1.27	10.88
Saisine JLD 12 mois	2.01	2.01	4.02	3.05	0.39	3.44
Recours JLD hypothèse basse	0.48	0.48	0.96	0.72	0.09	0.81
Procédure cour d'appel hypothèse basse	1.1	1.46	2.56	1.74	0.14	1.88
Expertise	0.12	0.73	0.85	1.04		1.04
TOTAL	38.37	39.34	77.71	59.53	7.62	67.15

b) La possibilité d'une audience par visioconférence

Le texte prévoit que l'audience du juge des libertés et de la détention **pourrait s'effectuer**, non plus exclusivement par comparution du patient au Tribunal de Grande Instance (TGI), mais également par **visioconférence**, le patient se trouvant dans une salle spécifique de l'établissement de santé (article 1^{er}, alinéa 91).

Le dispositif prévu est le suivant :

- le directeur doit tout d'abord s'assurer de l'absence d'opposition du patient ;
- le JLD peut ensuite décider que l'audience se déroule dans une salle d'audience reliée par un moyen de télécommunication audiovisuelle à une salle située dans l'établissement psychiatrique ; cette salle, comme la salle d'audience, doit être **ouverte au public** ;
- il est ensuite dressé, dans chacune des deux salles, un procès-verbal des opérations effectuées.

Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver soit auprès du magistrat soit auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si une copie de ce dossier lui a déjà été remise.

II. LES APPORTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

A. LE DROIT À L'OUBLI POUR LES PATIENTS SUSCEPTIBLES DE PRÉSENTER UN DANGER POUR AUTRUI

Comme indiqué précédemment, le Gouvernement propose des dispositions spécifiques applicables à **deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui** :

- les personnes qui ont été reconnues **pénalement irresponsables** et ont fait l'objet d'une **hospitalisation d'office dite « judiciaire »** ;
- les personnes faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, les députés ont instauré un « **droit à l'oubli** » pour ces deux catégories de personnes (articles 1^{er} et 3). Le régime spécifique ne leur serait plus applicable lorsque ces hospitalisations remontent à **un certain nombre d'années**, fixé par décret en Conseil d'État.

Les députés ont considéré que si, dans les années proches d'un traitement en UMD ou d'un passage à l'acte ayant justifié une déclaration d'irresponsabilité pénale, l'état du malade appelle des précautions particulières pour sa sortie, une stabilisation se produit souvent à moyen terme, en particulier pour les personnes atteintes de psychoses, stabilisation qui rend le pronostic de rechute équivalent aux autres patients, ce qui justifie pleinement la création d'un « droit à l'oubli ».

B. L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE DU JUGE EN CAS DE DÉSACCORD ENTRE LE PRÉFET ET L'ÉQUIPE PSYCHIATRIQUE

Suivant la position de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a prévu, dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet, une **saisine automatique** du JLD par le directeur de l'établissement d'accueil du patient **lorsque le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète** alors même qu'un psychiatre, participant à la prise en charge du patient, estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire (article 1^{er}, alinéa 36).

Les députés ont ainsi estimé qu'il incombait au JLD, gardien des libertés individuelles, de **statuer systématiquement** en cas de désaccord entre le représentant de l'Etat et l'équipe soignante.

C. UNE PRISE D'EFFET DIFFÉRÉE DE LA MAINLEVÉE DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Les députés ont prévu que lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prendrait effet dans un délai maximal de 48 heures, afin que le psychiatre de l'établissement d'accueil puisse, le cas échéant, établir un **protocole de soins**, c'est-à-dire que le patient puisse recevoir des soins psychiatriques sans son consentement **sous forme ambulatoire** (article 1^{er}, alinéas 77 et 89).

D. LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES TUTEURS ET DES CURATEURS EN MATIÈRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a souhaité renforcer le rôle des tuteurs et des curateurs en les autorisant expressément à demander des soins pour leurs protégés **à titre personnel**, c'est-à-dire indépendamment de leur mission de protection juridique (article 2, alinéa 8).

III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION

A. ÉTENDRE LA COMPÉTENCE DU JUGE JUDICIAIRE, GARDIEN DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES

1. Doter le JLD du pouvoir de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires

Les députés n'ont pas souhaité doter le JLD du pouvoir de transformer une mesure d'hospitalisation complète en **soins ambulatoires**.

Ils ont toutefois adopté un dispositif différant de 48 heures la décision de mainlevée du JLD, afin de laisser le temps au psychiatre de l'établissement d'accueil d'établir, le cas échéant, un **protocole de soins**.

De nombreuses personnes entendues par votre rapporteur ont jugé que ce dispositif encourait un fort risque d'**inconstitutionnalité**, dès lors qu'il revenait à maintenir en hospitalisation complète, **pendant une durée allant jusqu'à 48 heures**, une personne dont le JLD a estimé qu'elle devait être remise en liberté.

Sur proposition de son rapporteur, votre commission a donc adopté **un amendement supprimant ce dispositif** et proposé que le JLD soit lui-même en mesure de transformer une mesure d'hospitalisation complète en **soins ambulatoires sans consentement**.

Un tel dispositif permettrait au juge de **moduler sa décision et d'éviter ainsi le « tout ou rien »** : il pourrait ainsi décider que la personne ne nécessite plus d'hospitalisation complète mais qu'elle requiert des soins ambulatoires. Dans ce cas, le corps médical disposerait d'un **délai de 24 heures** pour établir le protocole de soins adapté à l'état mental de la personne.

2. Prévoir le contrôle de plein droit par le JLD des mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte, à compter du 1^{er} septembre 2012

Comme indiqué précédemment, le projet de loi propose de diversifier les modes de prise en charge des personnes atteintes de trouble mental en ouvrant des **alternatives à l'hospitalisation complète** sous forme de soins ambulatoires.

Le Gouvernement a fait le **choix de prévoir un recours facultatif, et non systématique, au juge judiciaire** pour ce type de soins, à la différence des soins en hospitalisation complète. En effet, la réalisation de ces soins n'a pas vocation à conduire à l'exercice d'une contrainte physique à l'égard du patient dans la mesure où ce dernier pourrait refuser de se soumettre à ses obligations thérapeutiques ; il encourrait alors une réhospitalisation complète qui est, elle, systématiquement contrôlée par le juge, ce qui **garantit la constitutionnalité du dispositif**.

A l'issue des auditions auxquelles il a procédé, votre rapporteur estime en effet que le contrôle systématique du JLD en matière de soins ambulatoires, dès lors que ces soins constituent une **restriction** et non une **privation** de liberté, n'est pas exigé par la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

Il convient cependant de prévoir explicitement dans le texte que la personne est **bien informée de son droit de refuser les soins ambulatoires** et des conséquences qui s'attacheraient à un tel refus, c'est-à-dire une prise en charge sous forme d'hospitalisation complète. Tel est l'objet **d'un amendement** adopté par votre commission sur proposition de son rapporteur à l'article 1^{er} (alinéa 15).

Votre rapporteur estime que ce dispositif devra, à terme, être renforcé par la mise en place d'un **contrôle systématique du juge judiciaire** lorsque la prise en charge psychiatrique prend la forme d'une **hospitalisation partielle**.

En effet, le protocole de soins, définissant les types de soins ambulatoires, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, pourrait prévoir un accompagnement très intensif, consistant par exemple en une **hospitalisation partielle**, qui peut prendre trois formes :

- l'hospitalisation de semaine (24h/24, 5 jours sur 7) ;

- l'hospitalisation de jour (1 à 5 jours par semaine, week-ends exclus) ;

- l'hospitalisation de nuit (1 à 7 nuits par semaine).

Ces formes d'hospitalisation constituent, dans une large mesure, des **atteintes à la liberté d'aller et venir**, d'autant qu'elles peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années.

En conséquence, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant un contrôle systématique, **mais allégé**, du juge.

En effet, le contrôle des hospitalisations partielles n'a pas à être aussi fréquent que celui qui prévaut en matière d'hospitalisation complète, d'une part, parce que le régime de contrainte est moindre, d'autre part, parce que si la personne est en hospitalisation partielle, cela signifie qu'elle est probablement en capacité de saisir le juge sur requête. L'amendement garantit que la personne aura un **contact rapide**, avant le 15^{ème} jour suivant l'hospitalisation initiale, avec un juge, ce dernier pouvant, à l'occasion de l'audience, lui indiquer que le recours facultatif lui sera ouvert ultérieurement à tout moment.

Consciente de l'impact qu'un tel dispositif pourrait avoir sur l'organisation de la justice, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant l'instauration de ce contrôle juridictionnel **le 1^{er} septembre 2012** (article 14).

3. Prévoir en toutes hypothèses l'intervention systématique du JLD en cas de désaccord entre le préfet et un psychiatre, à compter du 1^{er} septembre 2012

Comme indiqué précédemment, les députés ont prévu qu'il incombait au JLD, dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet, de **statuer systématiquement lorsque le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète** alors même qu'un psychiatre, participant à la prise en charge du patient, estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire (article 3, alinéa 36).

Votre commission a confirmé cette position.

Certes, l'intervention du JLD dans ce cas de figure ne découle pas de la décision précitée du Conseil constitutionnel. Dès lors que le juge intervient bien, en tout état de cause, à échéances programmées, l'absence d'intervention avant cette date, même si le préfet maintient une personne en hospitalisation contre l'avis médical, semble **parfaitement constitutionnelle**.

Toutefois, **en opportunité**, le dispositif adopté par l'Assemblée nationale se justifie pleinement : il appartient en effet au JLD, **gardien des libertés individuelles**, de se prononcer sur le refus du préfet d'ordonner la levée de **l'hospitalisation complète** alors même qu'un psychiatre, participant à la prise en charge du patient, estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire.

Votre commission a non seulement confirmé la position précitée de l'Assemblée nationale mais elle l'a étendue à **deux cas de figure**.

En effet, les députés ont prévu la saisine systématique du JLD dans **un cas très limité** : il s'agit du cas où le préfet n'ordonne pas la levée de la mesure de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète alors que le psychiatre le propose.

Ne sont donc pas inclus les cas :

- où le préfet décide que le patient doit être pris en charge sous forme **d'hospitalisation complète** alors que le psychiatre, à l'issue de la période d'observation, opte pour des soins ambulatoires ;

- où le préfet substitue aux soins ambulatoires, décidés antérieurement par lui, une **hospitalisation complète**, alors que le psychiatre estime que les soins ambulatoires demeurent adaptés à l'état mental de la personne.

Dans ces deux cas de figure, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant **l'intervention de plein droit du JLD**, gardien des libertés individuelles, afin que ce dernier statue à bref délai sur les décisions précitées du préfet, compte tenu des restrictions qu'elles apportent aux libertés individuelles de la personne (article 3).

Toutefois, consciente de l'impact que ce contrôle systématique du JLD pourrait avoir sur le fonctionnement de la justice, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant que ce contrôle n'interviendrait qu'à compter du 1^{er} septembre 2012 (article 14).

4. Unifier le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte : mettre un terme au « désordre des deux ordres » au 1^{er} septembre 2012

Par un **amendement** de son rapporteur, votre commission a adopté un article additionnel après l'article 5 afin de prévoir **l'unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte**.

En effet, le contentieux en la matière se caractérise par un **éclatement entre le juge judiciaire et le juge administratif** : le juge administratif est compétent pour examiner la seule régularité de la procédure d'admission en soins. Il n'examine donc que les cas d'ouverture de légalité externe et ne se prononce pas sur le fond. Le juge judiciaire, gardien de la liberté individuelle, est, quant à lui, compétent pour statuer sur le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. Lui seul peut prononcer la mainlevée de l'hospitalisation.

Comme l'a indiqué le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2010-71 (QPC) du 26 novembre 2010, il est loisible au législateur d'unifier le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte **dans le souci d'une bonne administration de la justice**. Cette unification ne peut se faire qu'au profit du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles.

Une telle réforme garantirait qu'un juge se prononce à bref délai sur la mesure de soins sans consentement, tant en ce qui concerne son bien-fondé que sa régularité formelle.

Elle mettrait ainsi fin à une **situation complexe** dans la mesure où le patient souffrant de troubles mentaux ne peut qu'être dérouté par la dualité des juridictions compétentes : il doit en effet choisir l'ordre de juridiction en fonction des moyens qu'il entend invoquer : s'il souhaite contester la régularité de la procédure d'admission en soins, il devra s'adresser au juge administratif mais s'il entend remettre en cause le bien-fondé de la mesure, il devra se tourner vers le juge judiciaire...

Toutefois, la réforme du droit de l'hospitalisation sous contrainte va, dès le 1^{er} août 2011, exiger des juridictions et de l'ensemble des acteurs judiciaires une mobilisation considérable : il serait, dans ces conditions, difficile d'imaginer y ajouter **la création d'un bloc de compétence judiciaire** qui aurait pour conséquence un élargissement du champ d'intervention du JLD. C'est pourquoi votre commission a adopté, à l'article 14, un amendement de son rapporteur proposant qu'une telle unification n'intervienne que le 1^{er} septembre 2012. Ce différé permettra de **former** les JLD, qui aujourd'hui sont incompétents pour connaître de la régularité des actes administratifs.

B. PERMETTRE AU JUGE DE STATUER DANS DES CONDITIONS GARANTISSANT LA SÉRÉNITÉ DES DÉBATS

1. La possibilité pour le JLD de statuer en chambre du conseil et non publiquement

Par **un amendement** de son rapporteur, votre commission a précisé que le JLD, lorsqu'il se prononce sur une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, pourrait faire application de la loi n° 72-626 du 5 juillet 1972 qui ouvre la faculté au juge civil de ne pas statuer publiquement **mais en chambre du conseil** (article 1^{er}, alinéa 92).

Cette précision paraît importante dès lors que la publicité de l'audience pourrait avoir dans certains cas des conséquences dommageables pour les personnes concernées, dans le cas, par exemple, de conflits familiaux, de personnes connues localement...

2. Permettre au JLD de statuer dans une salle d'audience située dans l'hôpital psychiatrique dès lors que cette salle a été « spécialement aménagée »

Par **un amendement** de son rapporteur (article 1^{er}, alinéa 94), votre commission a prévu que si **une salle d'audience a été spécialement aménagée** sur l'emprise de l'hôpital psychiatrique pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement,

celui-ci peut statuer dans cette salle. Cet aménagement spécial peut être sommaire (accessibilité pour le public, signalétique adaptée, affichage du rôle à l'entrée de la salle...) mais il est essentiel pour garantir que la salle soit clairement identifiée comme un lieu de justice.

3. Un recours à la visioconférence adapté à la situation des personnes souffrant de troubles mentaux

Par **deux amendements** de son rapporteur (article 1^{er}, alinéa 94), votre commission a **triplement encadré** le recours à la visioconférence, qui a été fortement critiqué lors des auditions.

En premier lieu, elle a précisé que la visioconférence n'est possible que si l'hôpital psychiatrique a spécialement aménagé, en son sein, une salle d'audience dans les conditions évoquées plus haut. Autrement dit, que le juge soit physiquement présent dans cette salle ou qu'il intervienne à distance depuis le palais de justice, les exigences portant sur l'aménagement des lieux **doivent être identiques**.

En deuxième lieu, elle a prévu que le JLD ne pourrait décider que l'audience se déroule par visioconférence **que si un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé**.

Cette modification se justifie par le fait que non seulement les personnes atteintes de troubles mentaux pourraient être dans l'incapacité de comprendre les enjeux et le sens de la visioconférence, mais, pis encore, la présence d'un écran et d'une caméra pourrait **aggraver leurs troubles**, dans le cas, par exemple, de personnes schizophrènes, paranoïaques...

En outre, si, d'après les JLD contactés par votre rapporteur, la visioconférence, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, par exemple en matière pénale, ne pose pas de difficultés techniques particulières, certains **défauts mineurs** (voix légèrement déformée, échos, coupures, décalages de sons...) pourraient prendre pour certains patients des **proportions considérables et altérer l'échange avec le magistrat**.

L'amendement adopté par votre commission renvoie au corps médical le soin d'évaluer, en fonction de l'état du patient, dans quelle mesure les inconvénients de la visioconférence (qui ne permet pas un échange direct, humain, entre le juge et le justiciable) sont ou non contrebalancés par ceux d'un transport au palais de justice et d'une présentation devant le juge, qui peuvent constituer des expériences stigmatisantes, voire traumatisantes, surtout lorsqu'ils occasionnent des temps d'attente assez longs.

Enfin, votre commission a prévu que si le patient est assisté par un avocat, **celui-ci ne peut se tenir qu'auprès de l'intéressé**. Elle a ainsi supprimé la faculté que le texte reconnaît à l'avocat de se trouver **auprès du magistrat**, possibilité manifestement incompatible avec le contact humain qui doit s'établir, lors d'une audience, entre un avocat et son client, lorsque ce dernier souffre de troubles mentaux.

C. NE PAS DÉROGER AUX RÈGLES DE PROCÉDURE DE DROIT COMMUN EN MATIÈRE D'APPEL DES DÉCISIONS DU JLD

Le projet de loi prévoit que, lorsque la sortie immédiate du patient présente un risque grave d'atteinte à sa propre intégrité ou à celle d'autrui, le procureur peut demander, soit d'office, **soit à la « requête » du directeur d'établissement ou du préfet, que l'appel soit déclaré suspensif.**

Certes, conformément aux exigences constitutionnelles, seul le parquet peut former un recours suspensif contre une décision de mise en liberté. **Le ministère public n'est donc pas lié** par la requête éventuelle du directeur d'établissement ou du préfet.

Toutefois, il ne paraît pas souhaitable de permettre au directeur d'établissement ou au préfet **d'adresser des demandes au parquet**, seul compétent pour apprécier l'opportunité de faire appel d'une décision du JLD et d'assortir cet appel d'une demande d'effet suspensif.

Signalons en outre qu'un tel dispositif créerait un précédent, aucun texte en vigueur ne prévoyant la possibilité pour une autorité administrative d'adresser une demande au parquet dans le cadre d'un appel d'une ordonnance du JLD.

En conséquence, à l'initiative de votre rapporteur, la commission des lois a adopté **un amendement** supprimant cette possibilité (article 1^{er}, alinéa 97).

D. ÉTENDRE ET PRÉCISER LE DROIT À L'OUBLI

Comme indiqué précédemment, les députés ont instauré un « **droit à l'oubli** », c'est-à-dire un retour au droit commun, pour certaines **catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.**

Votre commission a adopté **trois amendements** de son rapporteur afin de :

- clarifier ce droit en précisant que le point de départ de la période à l'issue de laquelle il s'exercera est nécessairement **la fin** des hospitalisations des personnes concernées (articles 1^{er} et 3) ;

- étendre ce droit à l'oubli aux autorisations implicites du préfet en cas de sorties **de courte durée** dont peuvent bénéficier les patients : en effet, le projet de loi prévoit que, dans le cas des personnes en HO, l'autorisation de sortie de courte durée est accordée **sauf veto exprès du préfet**. Le texte renverse cette logique pour les personnes potentiellement dangereuses évoquées plus haut en prévoyant qu'une **autorisation explicite du préfet** est alors requise. Votre commission a estimé que, lorsque l'hospitalisation de ces personnes a pris fin depuis un certain nombre d'années, celles-ci devaient, quels que soient leurs antécédents, être soumises au régime de **l'autorisation préfectorale implicite**, c'est-dire au droit commun (article 1^{er}, alinéa 59).

E. SUPPRIMER LA POSSIBILITÉ POUR LE TUTEUR OU LE CURATEUR D'INTERVENIR À TITRE PERSONNEL

L'Assemblée nationale a autorisé expressément le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé à demander, à **titre personnel**, des soins pour son protégé.

Toutefois, introduire le principe selon lequel un tuteur ou curateur pourrait agir à titre personnel, c'est-à-dire indépendamment de sa mission de protection de juridique, constituerait une **novation juridique** et **risquerait de conduire à de nombreux contentieux**.

En conséquence, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant que la personne chargée de la protection du majeur peut *es qualité*, et non à titre personnel, être le tiers qui présente une demande d'hospitalisation sous contrainte (article 2, alinéa 8).

F. FAIRE ÉVOLUER À TERME L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS EN UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE DROIT COMMUN

L'article L. 3213-2 du code de la santé publique prévoit une mesure d'hospitalisation d'office dérogatoire du droit commun : **l'hospitalisation d'office en urgence**.

Prononcée, à Paris, par les commissaires de police, et, dans les autres départements, par les maires, cette mesure, d'une durée maximale de quarante-huit heures, est soumise à deux conditions cumulatives :

- la personne doit présenter un comportement révélant « *des troubles mentaux manifestes* » ;

- il doit exister un « *danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique* ».

A Paris, les personnes sont conduites à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), service médico-légal d'accueil et de diagnostic psychiatrique d'urgence.

Dans un avis rendu public le 15 février 2011, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a estimé que cette infirmerie, en tant que lieu de privation de liberté, ne présentait pas des **garanties suffisantes** pour les droits de la personne, et ce pour deux raisons essentielles :

- d'une part, elle ne dispose d'aucune autonomie. **Elle est un simple service de cette préfecture**, dépendant de la direction des transports et de la protection du public. Ses ressources lui sont assurées par la préfecture de police. Le rapport précise qu'à supposer que les médecins qui y exercent ne sont pas sous l'autorité hiérarchique de la préfecture de police de Paris, ils sont rémunérés par elle, les conditions matérielles de leurs fonctions et la gestion de leur carrière en dépendant.

L'établissement n'a donc rien à voir avec un centre hospitalier habilité à accueillir des malades mentaux. Par conséquent, les dispositions propres aux droits des personnes accueillies en hôpital ne s'y appliquent pas et aucune autorité de santé n'est compétente pour y vérifier les contenus et les modalités de soins ;

- d'autre part, dès lors qu'elle ne ressortit pas à la catégorie des établissements hospitaliers qui relèvent de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique, l'infirmierie psychiatrique n'est pas obligatoirement visitée par les magistrats des tribunaux compétents et, notamment, par le parquet.

En conséquence, précise le Contrôleur, le dispositif entretient le doute sur la **distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales**. Le rapport recommande ainsi de mettre fin à cette confusion, **qui n'a aucun équivalent dans une autre ville de France**.

C'est pourquoi, à l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté **un amendement** prévoyant que lorsque l'hospitalisation d'office en urgence est prononcée, la personne ne peut être prise en charge que dans le cadre d'un **établissement psychiatrique de droit commun**.

Cet amendement aura donc pour conséquence d'obliger l'IPPP à évoluer en un **établissement hospitalier de droit commun**. En effet, sur le plan des principes, une situation pathologique, fût-elle d'urgence, ne doit pas être prise en charge par une institution relevant d'une institution de police, sauf à alimenter la confusion –toujours regrettable– entre troubles psychiatriques, délinquance et dangerosité.

Un amendement présenté à l'article 14 laisse à la Préfecture de police jusqu'au 1^{er} septembre 2012 pour procéder à ce changement de statut.

G. RÉFLÉCHIR À L'OPPORTUNITÉ DE DOTER LE JLD D'UN VÉRITABLE STATUT

Dans un avis adopté le 31 mars 2011, la Commission nationale consultative des droits de l'homme a regretté que le JLD ne dispose pas d'un **statut propre** dans la mesure où, comme l'indique l'article 137-1 alinéa 2 du code de procédure pénale, ce juge est un « *magistrat du siège ayant rang de président, de premier vice-président ou de vice-président* » désigné par le président du tribunal de grande instance, qui dispose également du pouvoir de le muter dans d'autres fonctions.

L'avis ajoute que le JLD est « *régulièrement pointé du doigt au gré de l'actualité et particulièrement des cas de récidive pénale. On peut légitimement craindre que cette pression continue ne tende à remettre en cause l'exercice en toute indépendance de son pouvoir de contrôle des mesures d'hospitalisation.* »

Ce point de vue a été également défendu, lors des auditions, par les syndicats de magistrats.

C'est pourquoi votre rapporteur souhaite qu'il soit envisagé, dans le cadre de la réforme à venir de la procédure pénale, de doter le JLD d'un véritable statut qui passe par une désignation par décret du Président de la République¹ ainsi que par des bonifications indiciaires qui tiennent compte des contraintes horaires auxquelles ils sont soumis.

*

* *

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des articles dont elle s'est saisie, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

¹ *A titre de comparaison, le juge d'instruction est nommé par décret du Président de la République.*

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE I^{ER} DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Le présent titre, constitué d'un **article unique**, définit les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, **qu'elles aient été hospitalisées à la demande du préfet ou d'un tiers.**

Article 1^{er}

(art. L. 3211-1 à L. 3211-12-5 du code de la santé publique,
art. L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire)

Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention

Pour l'essentiel, cet article réécrit le chapitre premier (« *Droits des personnes hospitalisées* ») du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique.

Le texte du projet de loi tel que modifié par la lettre rectificative

• l'enfermement, une modalité de soins parmi d'autres

Le présent article vise, en ses alinéas 12 à 14, à diversifier les modes de prise en charge des personnes atteintes de trouble mental en ouvrant des **alternatives à l'hospitalisation complète.**

Autrement dit, le texte fait de l'enfermement **une modalité de soins parmi d'autres** alors que le droit en vigueur ne permet de prendre en charge une personne sans son consentement que sous la forme d'une hospitalisation complète, c'est-à-dire **à temps plein**, que la personne ait été hospitalisée dans le cadre d'une HO ou d'une HDT.

Comme le souligne très justement notre collègue député M. Guy Lefrand dans son rapport, cette réforme témoigne d'un « *changement complet de paradigme* » puisqu'elle met en avant la nécessité des soins psychiatriques plutôt que la forme que ceux-ci peuvent prendre : **ainsi met-elle fin au primat de l'enfermement ou de l'internement.**

L'objectif poursuivi par le texte est d'adapter la loi à l'**évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques désormais disponibles**, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation complète.

Cette évolution permet de supprimer le dispositif critiqué des **sorties d'essai**. Ces dernières, qui ne doivent pas être confondues avec les **sorties de courte durée**¹, sont prévues à l'article L. 3211-11 du code de la santé publique. Elles sont destinées « à favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale » des personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office. Il s'agit de permettre à ces personnes de « bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement ».

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser **trois mois** mais elle est renouvelable indéfiniment. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, **par un psychiatre de l'établissement d'accueil** ;

2° dans le cas d'une hospitalisation d'office, **par le préfet**, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

La sortie d'essai constitue donc une simple **suspension** de l'hospitalisation contrainte d'une personne, non sa **levée**. En conséquence, le patient est, pendant toute la durée de la sortie d'essai, considéré comme hospitalisé sans son consentement. Il peut être réintégré au sein de l'hôpital sans aucune formalité préalable s'il cesse de se conformer à son traitement ou si son état mental le requiert.

Le dispositif des **sorties d'essai** est fréquemment utilisé : comme le souligne le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)², **25 % des malades admis en HDT et 31 % des malades admis en HO ont bénéficié d'une sortie d'essai**. En outre, la durée des sorties d'essai a eu tendance à augmenter ces dernières années, la période de trois mois visée plus haut étant fréquemment renouvelée, au point de durer parfois plusieurs années.

¹ Les sorties de courte durée, prévues à l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, sont accordées pour une période de douze heures maximum et fondées sur un motif thérapeutique ou destinées à permettre au patient d'effectuer une démarche extérieure à l'établissement. Ces sorties sont accompagnées d'un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute leur durée. L'autorisation de sortie de courte durée est donnée par le directeur de l'établissement, après avis favorable du psychiatre, sauf opposition du préfet, dans le cas des personnes en hospitalisation d'office.

² Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », rapport présenté par M. Alain Lopez et Mme Isabelle Yeni, membres de l'IGAS, et par Mme Martine Valdes-Boulouque et M. Fabrice Castoldi, membres de l'IGSJ, n° 2005-064 et n° 11/05, mai 2005.

En conséquence, le projet de loi fait le choix de supprimer le dispositif des sorties d'essai et de le remplacer par des **soins ambulatoires**, c'est-à-dire extrahospitaliers, **encadrés**. A cette fin, il propose plusieurs évolutions significatives dans le dispositif de prise en charge des personnes malades.

En premier lieu, une personne hospitalisée, dans le cadre d'une HO comme dans celui d'une HDT, serait tout d'abord soumise à une **période d'observation** d'une durée maximale de **soixante-douze heures** (3 jours), sous forme obligatoirement d'une hospitalisation complète, c'est-à-dire d'enfermement. Pendant cette période, **deux certificats médicaux** doivent être réalisés par un psychiatre aux fins de confirmer ou infirmer la nécessité des soins.

Le texte distingue **deux hypothèses** à l'issue de cette période d'observation¹ :

- soit au moins un des deux certificats médicaux constatant l'état mental de la personne **infirme** la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte et deux cas de figure sont alors possibles selon l'origine de la demande d'admission en soins psychiatriques :

- dans le cadre d'une demande présentée par un tiers, le directeur d'établissement psychiatrique **prononce immédiatement** la levée de cette mesure ;

- dans le cadre d'une demande présentée par le préfet, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les 24 heures à ce dernier qui se prononce sur la levée de la **mesure d'hospitalisation complète** dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

- soit deux certificats médicaux constatant l'état mental de la personne **confirmant** la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte et la personne peut alors être prise en charge selon deux modalités : soit sous la forme d'une **hospitalisation complète**, soit sous **une forme ambulatoire**. Dans ce dernier cas, un protocole de soin est établi. Il est précisé que ce protocole définira :

- « *le ou les types de soins* » imposés au malade, qu'il s'agisse de soins ambulatoires, à domicile, en hôpital de jour, en hôpital de nuit...

- les « *lieux de leur réalisation* » : il pourra s'agir par exemple du service de consultations externes d'un hôpital, d'un centre médico-psychologique (CMP), du domicile du patient, d'une autre structure relevant du secteur psychiatrique, d'une structure médico-sociale ou d'un autre service hospitalier ;

- leur « *périodicité* ».

¹ Voir en annexe le schéma résumé de la procédure.

Il convient de noter qu'un nombre croissant de produits pharmaceutiques destinés aux traitements des troubles mentaux sont disponibles sous des **formes injectables à libération prolongée**, qui permettent de limiter le nombre de prises à une par mois, voire par trimestre ou par semestre. Cette évolution est particulièrement favorable au développement de soins ambulatoires, car elle permet de s'assurer qu'un patient reçoit effectivement son traitement, sans pour autant lui imposer des consultations fréquentes. Le texte entend donc tenir compte des progrès des traitements psychiatriques médicamenteux.

En second lieu, le projet de loi prévoit, au-delà de la période d'observation, la possibilité de passer **d'une forme de prise en charge à une autre**, sur proposition du psychiatre qui prend en charge le patient.

Enfin, est expressément ouverte la possibilité de réintégrer le patient suivi en soins ambulatoires dans une structure hospitalière, **en cas de non-respect du protocole de soins**. La décision serait prise par le préfet si c'est lui qui avait prononcé l'hospitalisation initiale, par le directeur de l'établissement dans les autres cas. A cet égard, les débats à l'Assemblée nationale ont mis en avant le fait que l'élaboration du protocole de soins visé plus haut devra mettre le patient en **position de responsabilité** : elle devra constituer l'occasion de lui indiquer qu'il devra respecter le protocole sous peine de voir sa prise en charge transformée en hospitalisation complète.

- **le contrôle juridictionnel de l'hospitalisation sous contrainte**

Le présent projet de loi, qui avait été déposé le 5 mai 2010, a été complété le 26 janvier 2011 par une **lettre rectificative** afin de tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-71 (QPC) du 26 novembre 2010 qui, pour l'essentiel, a mis en avant la nécessité de placer l'hospitalisation sous contrainte **sous le contrôle du juge judiciaire**, gardien des libertés individuelles.

En conséquence, le présent article prévoit un contrôle de plein droit par le juge des libertés et de la détention (JLD) des hospitalisations complètes sans consentement, qu'elles aient été prononcées d'office ou à la demande d'un tiers, avant le **15^{ème} jour**, lorsque la durée de l'hospitalisation complète doit se prolonger au-delà de cette échéance. Il s'agit là d'une application stricte de l'exigence minimale fixée par le Conseil constitutionnel¹.

¹ On peut donc noter que le Gouvernement a décidé de ne pas prévoir l'intervention ab initio du juge judiciaire. Ce choix apparaît très consensuel : ainsi, notre collègue député M. Serge Blisko a indiqué, lors de la discussion générale sur le projet de loi : « Le groupe socialiste, fidèle à la tradition médicale française, et contrairement à beaucoup de nos voisins européens, ne souhaite pas judiciariser l'entrée dans l'hôpital psychiatrique. ».

En revanche, le Conseil constitutionnel n'ayant pas précisé dans quelle mesure ce contrôle juridictionnel devait être renouvelé ensuite dans l'hypothèse où les soins se prolongeraient, le Gouvernement a choisi une intervention **tous les six mois**, c'est-à-dire :

- avant le sixième mois, lorsque l'hospitalisation doit se prolonger au-delà d'une durée de six mois ;
- puis tous les six mois lorsque la mesure est renouvelée pour de telles durées.

Dans chacune de ces hypothèses, la lettre rectificative précise que le JLD statue **à bref délai**, après organisation d'un **débat contradictoire**.

Par ailleurs, le projet de loi prévoit que l'ordonnance du JLD est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Il pose le principe selon lequel l'appel des décisions du JLD **n'est pas suspensif**.

Toutefois, le texte dispose également que dans le cas où le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure d'**hospitalisation complète**, le procureur de la République peut, soit d'office, soit à la requête du directeur de l'établissement d'accueil ou du préfet, demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de **déclarer le recours suspensif**, possibilité qui n'existe pas dans le droit en vigueur.

Deux conditions doivent être réunies :

- le procureur de la République estime que la sortie de la personne de l'hôpital, prononcée par le JLD, présente un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui** ;

- il interjette appel dans un délai de **six heures** à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état de ce risque grave, est transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un **effet suspensif**, en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée rendue contradictoirement qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète, jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond.

Le délai de **six heures** évoqué plus haut mérite que l'on s'y arrête.

Notons que dans sa décision n° 2003-484 du 20 novembre 2003, le Conseil constitutionnel a validé, à propos de la rétention administrative, le principe selon lequel le procureur – et uniquement lui – peut assortir son appel d'une demande d'effet suspensif.

Le Conseil rappelle tout d'abord « *qu'en principe, il résulte de l'article 66 de la Constitution que, lorsqu'un magistrat du siège a, dans la plénitude des pouvoirs que lui confère son rôle de gardien de la liberté*

individuelle, décidé par une décision juridictionnelle qu'une personne doit être mise en liberté, il ne peut être fait obstacle à cette décision, fût-ce dans l'attente, le cas échéant, de celle du juge d'appel ».

Toutefois, le Conseil relève que le ministère public, qui fait partie de l'autorité judiciaire, a « *reçu de la loi déferée compétence pour agir dans des conditions spécifiques, qui le distinguent des parties à l'instance que sont l'étranger et le représentant de l'Etat dans le département* ».

Le projet de loi prévoit un délai de **six heures** par harmonisation avec celui qui devrait prochainement entrer en vigueur en matière de maintien de l'étranger en zone d'attente.

Les deux assemblées ont en effet approuvé l'article 11 du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, qui tend à allonger - en le faisant passer de quatre heures à six heures - le délai au cours duquel le parquet a la possibilité de demander au premier président de la cour d'appel de déclarer son recours suspensif.

Notons que le délai n'est que de **quatre heures** en matière de « **référé-détention** ». Cette procédure, introduite aux articles 148-1-1 et 187-3 du code de procédure pénale par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation de la justice, vise à permettre au ministère public d'empêcher la remise en liberté d'une personne lorsqu'une telle mesure serait de nature à produire des conséquences inopportunes. La possibilité de faire déclarer l'appel suspensif n'est ouverte qu'en cas d'ordonnance de mise en liberté prise contre les réquisitions du parquet. Le procureur de la République dispose d'un délai de **quatre heures** à compter de la notification pour demander au premier président de la cour d'appel de donner à l'appel un caractère suspensif. Ce dernier statue au plus tard le deuxième jour ouvrable suivant la demande. Pendant cette durée, les effets de l'ordonnance de mise en liberté sont suspendus et la personne reste détenue. Le Conseil constitutionnel a validé ce dispositif dans sa décision n° 2002-461 DC du 29 août 2002.

Votre rapporteur note donc que les délais seront donc :

- six heures en matière civile (pour l'hospitalisation sous contrainte et le maintien en zone d'attente) ;

- quatre heures en matière pénale (pour le référé-détention).

D'après le ministère de la justice, cette différence de délais, source de complexité pour les professionnels du droit, tiendrait au fait que le parquet est très rarement présent aux audiences civiles devant le JLD et qu'il doit, avant de faire appel, obtenir communication du dossier, en prendre connaissance et motiver sa demande. Dans ces circonstances, le délai de quatre heures, applicable en matière pénale, serait trop court en matière civile.

Enfin, comme indiqué précédemment, le projet de loi propose d'ouvrir des **alternatives à l'hospitalisation complète** sous forme de soins ambulatoires.

Le texte prévoit en effet qu'à l'issue d'une période d'observations, d'une durée maximale de **soixante-douze heures**, un certificat médical constatant l'état mental de la personne pourrait imposer des soins psychiatriques ambulatoires sous contrainte.

Le Gouvernement a fait le **choix de ne pas prévoir un recours systématique au juge judiciaire** pour ce type de soins, à la différence des soins en hospitalisation complète.

En effet, comme l'ont expliqué à votre rapporteur les représentants du ministère de la justice, lors de leur audition, les soins ambulatoires sans consentement se distinguent de l'hospitalisation complète : un protocole de soin sans consentement **n'a pas vocation à conduire à l'exercice d'une contrainte physique à l'égard du patient**.

Le patient recevrait des soins **sous contrainte** mais pas des **soins forcés**. La nuance peut paraître subtile mais elle est capitale.

Le patient pourrait décider de ne pas se soumettre à ses obligations thérapeutiques mais il encourrait alors le risque d'une réhospitalisation complète. Pour le ministère de la justice, **la contrainte est donc caractérisée, non par l'obligation pour la personne de se soigner, mais par la menace d'être internée en cas de refus**.

- **Une procédure spécifique pour les malades potentiellement dangereux**

L'exposé des motifs du projet de loi n° 2494 souligne la nécessité d'« *une vigilance accrue des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis de la faible part des malades atteints de troubles mentaux susceptibles d'actes graves de violence* ».

Tirant les conséquences de divers événements dramatiques survenus ces dernières années et en raison du passage de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement, qui facilite la prise en charge en-dehors des hôpitaux, le Gouvernement prévoit des dispositions spécifiques applicables à **certaines personnes susceptibles de présenter un danger pour autrui** :

- les personnes qui ont été reconnues **pénalement irresponsables** et qui font ou ont fait l'objet d'une **hospitalisation d'office dite « judiciaire »** ;
- les personnes faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

En premier lieu, l'« **hospitalisation d'office judiciaire** » est une mesure d'internement sans consentement demandée ou prononcée par l'autorité judiciaire sur le fondement de **deux dispositions légales différentes** :

- il s'agit, d'une part, de l'article **L. 3213-7 du code de la santé publique**, qui prévoit la possibilité pour les autorités judiciaires, lorsqu'elles

estiment que l'état mental d'une personne reconnue pénalement irresponsable à raison de ses troubles mentaux « *nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public* », **de saisir le préfet**, lequel doit alors prendre « *sans délai toute mesure utile* ».

On rappellera que la reconnaissance d'irresponsabilité pénale suppose que la personne est « *atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » (premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal)¹.

Cette reconnaissance peut prendre la forme :

- d'un classement sans suite ;
- d'une décision d'irresponsabilité pénale (par exemple d'une ordonnance prononcée par un juge d'instruction) ;
- d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale.

• il s'agit, d'autre part, de l'article **706-135 du code de procédure pénale**, introduit par la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté, qui permet à la chambre de l'instruction ou à une juridiction de jugement, lorsqu'elle prononce un arrêt ou un jugement de **déclaration d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental, d'ordonner « *par décision motivée* » l'hospitalisation d'office de la personne « *s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ».

On relèvera que dans les cadres légaux décrits plus haut, l'autorité judiciaire est à l'origine de l'hospitalisation d'office, d'où le fait que ces deux procédures sont habituellement **présentées comme des mesures d'hospitalisation d'office judiciaire**.

Elles ne doivent toutefois pas être confondues :

- dans le cadre de l'article 706-135 du code de procédure pénale, elle est prononcée par **l'autorité judiciaire elle-même** alors qu'elle l'est par le **préfet** dans le cadre de l'article L. 3213-7 précité ;

- seule la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement peut ordonner une hospitalisation d'office alors que toutes les autorités judiciaires (parquet, juge d'instruction...) peuvent saisir le préfet lorsqu'elles reconnaissent une personne pénalement irresponsable ;

- comme indiqué plus haut, le préfet a pour seule obligation de prendre « *sans délai toute mesure utile* ». Contrairement à ce que certains députés ont pu indiquer lors des débats à l'Assemblée nationale, cette expression ne signifie pas que le préfet pourrait, **sans certificat médical**, prononcer une hospitalisation d'office. En fait, d'après le ministère de

¹ Le même article 122-1 du code pénal prévoit, en son second alinéa, que lorsque le trouble a altéré – et non aboli – le discernement de la personne, cette dernière demeure punissable.

l'intérieur interrogé sur ce point, sa seule obligation réside dans la demande d'un certificat médical qui doit porter sur l'état **actuel** du malade. Le préfet a donc compétence liée pour faire examiner la personne par un psychiatre, pas pour prononcer une hospitalisation d'office. En revanche, il pourra, au vu du certificat médical circonstancié qu'il a sollicité, prononcer cette hospitalisation d'office selon les conditions du droit commun (alinéa 42) ;

Notons que dans le cadre des deux catégories d'**hospitalisations d'office judiciaire**, il appartient au préfet, en tant que gardien de l'ordre public, d'assurer le suivi de la mesure comme s'il en était directement à l'origine. Il pourra donc décider de maintenir la mesure d'hospitalisation, de la lever, de la faire évoluer en soins ambulatoires...

En second lieu, le projet de loi range parmi les patients susceptibles de représenter un danger pour autrui, outre les personnes qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office judiciaire, celles qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Le rôle de ces unités a été défini par le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

A vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé, elles assurent **l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique**.

L'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des UMD précise que l'hospitalisation dans ces structures est réservée à des patients nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté particulières et présentant en outre un état **dangereux majeur, certain et imminent**. L'entrée en UMD n'est possible que sous le régime de l'hospitalisation d'office par le biais d'un arrêté préfectoral pris à la demande d'un praticien de service de secteur avec l'accord du praticien de l'UMD. Une commission du suivi médical, composée de trois praticiens n'appartenant pas à l'UMD et d'un médecin inspecteur, formule un avis sur le maintien et la sortie des personnes hospitalisées dans l'unité. Elle doit obligatoirement statuer tous les six mois sur le dossier de chaque patient.

La sortie d'UMD fait l'objet d'un arrêté préfectoral pris sur la base d'un certificat médical d'un praticien de l'unité attestant la disparition de l'état dangereux, après avis de la commission du suivi médical. Lorsque le patient est un détenu, la levée de l'hospitalisation d'office entraîne sa remise à la disposition de la justice.

Comme le souligne un récent rapport d'information de notre assemblée¹, la France compte aujourd'hui seulement **cinq UMD** ayant une capacité totale de **427 places**.

La capacité des UMD

	Hommes	Femmes	Total
Villejuif	54	15	69
Montfavet	55	17	72
Cadillac	86	–	86
Sarreguemines	160	–	160
Plouguernevel	40	–	40
Capacité totale	395	32	427

D'après les informations obtenues par votre rapporteur, **cinq autres UMD sont en cours de construction**. La capacité totale des UMD devrait ainsi atteindre 656 lits.

Les personnes admises en UMD le sont généralement en **long séjour**. Le rapport d'information précité relève ainsi que la durée moyenne de séjour à l'UMD de Villejuif, que les rapporteurs ont visitée, était de 310 jours.

Le projet de loi prévoit des **dispositions spécifiques** applicables **aux deux catégories de patients** précédemment définies, à savoir :

- les personnes qui font ou ont fait l'objet d'une **hospitalisation d'office judiciaire** ;
- les personnes qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en **UMD**.

¹ *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information de M. Gilbert BARBIER, Mme Christiane DEMONTÈS, MM. Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales n° 434 (2009-2010) - 5 mai 2010 <http://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>*

Ces dispositions spécifiques relevant à la fois du présent article 1^{er} et de l'article 3, votre rapporteur, dans un souci de clarté, **a choisi de les présenter dans un tableau figurant dans l'exposé général**¹.

• **l'information des personnes quant à la possibilité de saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté**

Le texte précise que la personne hospitalisée sans son consentement est informée de son droit de porter à « *la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence* » (alinéa 33).

• **La visioconférence**

Le présent article précise que l'audience du JLD **pourrait s'effectuer**, non plus exclusivement par comparution du patient au Tribunal de Grande Instance (TGI), mais également par **visioconférence**, le patient se trouvant dans une salle spécifique de l'établissement de santé (alinéa 91).

Le dispositif prévu est le suivant :

- le directeur doit tout d'abord s'assurer de l'absence d'opposition du patient ;

- le JLD peut ensuite décider que l'audience se déroule dans une salle d'audience reliée par un moyen de télécommunication audiovisuelle à une salle située dans l'établissement psychiatrique ; cette salle, comme la salle d'audience, doit être **ouverte au public** ;

- il est ensuite dressé, dans chacune des deux salles, un procès-verbal des opérations effectuées.

Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver soit auprès du magistrat soit auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si une copie de ce dossier lui a déjà été remise.

La visioconférence **n'est contraire à aucun principe constitutionnel**, comme l'a indiqué le Conseil constitutionnel dans une décision n° 2003-484 du 20 novembre 2003 (loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité), à condition toutefois que la salle reliée à la salle d'audience du tribunal soit « *spécialement aménagée pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement* ».

¹ cf supra. : troisième partie du B.

La publicité est en effet une exigence fondamentale. Ainsi, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 101 du projet de loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure qui autorisait le JLD à tenir l'audience de prolongation d'une mesure de rétention administrative au-delà de quarante-huit heures **dans une salle d'audience située au sein, et non plus seulement à proximité, d'un centre de rétention administrative**. Ces centres étant fermés au public, cette possibilité méconnaissait les exigences de publicité des débats et a donc été déclarée contraire à la Constitution.

La visioconférence est actuellement possible dans des cadres **procéduraux proches** de celui de l'hospitalisation sous contrainte : d'une part, en matière de maintien en zone d'attente et de rétention administrative, d'autre part en matière pénale.

En premier lieu, l'article L. 222-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile prévoit, en matière de maintien en zone d'attente, que *« par décision du juge prise sur une proposition de l'autorité administrative à laquelle l'étranger dûment informé dans une langue qu'il comprend ne s'est pas opposé, l'audience peut se dérouler avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle garantissant la confidentialité de la transmission. Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées. »*. De la même façon, l'article L. 552-12 du même code précise, en matière de rétention administrative, que *« par décision du juge prise sur une proposition de l'autorité administrative à laquelle l'étranger dûment informé dans une langue qu'il comprend ne s'est pas opposé, les audiences prévues au présent chapitre peuvent se dérouler avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle garantissant la confidentialité de la transmission. Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées. »*

D'après le ministère de l'immigration interrogé par votre rapporteur, **la visioconférence n'est pratiquement pas utilisée**, alors même que plusieurs salles d'audience situées à proximité des zones d'attente et des centres de rétention sont équipées en la matière : ainsi la zone d'attente de Roissy, le centre de rétention du Mesnil, près de Roissy et celui du Canet près de l'aéroport de Marseille.

En second lieu, l'article 706-71 du code de procédure pénale prévoit diverses **possibilités de recours à la visioconférence en matière pénale**, possibilités prévues par la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité intérieure et progressivement étendues par les lois du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation de la justice, du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité et, très récemment, par la loi du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, dite LOPPSI 2.

En l'état du droit, la visioconférence peut être utilisée **pour la quasi-totalité des étapes de la procédure pénale** :

- « *lorsque les nécessités de l'enquête ou de l'instruction le justifient* » pour l'audition ou l'interrogatoire d'une personne ainsi que la confrontation entre plusieurs personnes et, dans les mêmes conditions, pour la présentation aux fins de prolongation de la garde à vue ou de la retenue judiciaire ;

- devant la juridiction de jugement, pour l'audition des témoins, des parties civiles et des experts ;

- pour l'audition ou l'interrogatoire par le juge d'instruction d'une personne détenue, le débat contradictoire préalable au placement en détention provisoire d'une personne détenue pour une autre cause, le débat contradictoire prévu pour la prolongation de la détention provisoire, les auditions relatives au contentieux de la détention provisoire devant la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement, l'interrogatoire du prévenu devant le tribunal de police ou devant la juridiction de proximité si celui-ci est détenu pour une autre cause.

D'après les informations communiquées à votre rapporteur par le ministère de la justice, l'utilisation de la visioconférence pour les personnes détenues répond à la volonté de **réduire le nombre d'extractions judiciaires** qui mobilisent quelque 1.250 équivalents temps pleins travaillés au sein des services de gendarmerie et de police. L'objectif est de réduire de 5 % les transfèrements judiciaires.

Même si la chancellerie ne dispose pas de données globales en la matière, mais uniquement par juridiction, il apparaît que la visioconférence est **fréquemment utilisée par les juridictions pénales**.

Les apports de l'Assemblée nationale intéressant le champ de la compétence de la commission des lois

L'Assemblée nationale a apporté **quatre modifications de fond** à cet article.

En premier lieu, sur proposition de notre collègue député Mme Jacqueline Fraysse, elle a réaffirmé le principe selon lequel les soins psychiatriques libres doivent être privilégiés par rapport aux soins sous contrainte (alinéa 10).

En deuxième lieu, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a prévu que dans le cadre d'une saisine facultative (alinéa 77) ou obligatoire (alinéa 89), lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prendrait effet **dans un délai maximal de 48 heures**, afin que le psychiatre de l'établissement d'accueil puisse, le cas échéant, établir un **protocole de soins**, c'est-à-dire que le patient puisse recevoir des soins psychiatriques sans son consentement **sous forme ambulatoire** (alinéas 77 et 89).

Notons que lors de l'examen du présent texte, la commission des affaires sociales était allée plus loin : sur proposition de son rapporteur, elle avait rétabli la possibilité, accordée **au JLD** dans le projet de loi initial¹, **de substituer une forme de prise en charge à une autre**. Il s'agissait en particulier de permettre au JLD de lever la mesure d'hospitalisation complète **tout en obligeant le patient à suivre un traitement**.

Toutefois, le rapporteur, face aux difficultés concrètes d'application que pourrait entraîner une telle disposition, notamment en termes de suivi de l'application du jugement, et eu égard à la charge déjà importante incombant au JLD dans le dispositif prévu par le projet de loi, a proposé à l'Assemblée nationale, qui l'a accepté, **de revenir sur cette disposition**, sous réserve de prévoir, on l'a dit, une prise d'effet différée de la décision du JLD afin que le psychiatre de l'établissement d'accueil puisse, le cas échéant, établir un protocole de soins.

En troisième lieu, sur proposition de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a prévu que, dans le cadre d'une saisine facultative (alinéa 76) ou obligatoire (alinéa 84), le juge aurait la possibilité de **fixer les délais dans lesquels il souhaite obtenir les expertises** qu'il a demandées et que, passés ces délais, il statuerait immédiatement.

Enfin, comme indiqué précédemment, le Gouvernement propose des dispositions spécifiques applicables à **deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui** :

- les personnes qui ont été reconnues **pénalement irresponsables** et ont fait l'objet d'une **hospitalisation d'office dite « judiciaire »** ;

- les personnes faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Sur proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, les députés ont instauré un « **droit à l'oubli** » pour ces deux catégories de personnes (voir également commentaire de l'article 3). Le régime spécifique ne leur serait plus applicable lorsque ces hospitalisations remontent à **un certain nombre d'années**, fixé par décret en Conseil d'État. Pour le rapporteur de la commission des affaires sociales, ce droit à l'oubli permettrait *« d'éviter la stigmatisation de ces personnes et de ne pas rendre plus difficile leur sortie de soins et leur réinsertion sociale »*.

¹ La lettre rectificative est revenue sur ce point.

La position de votre commission

• **Doter le JLD du pouvoir de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires**

Comme indiqué précédemment, les députés ont finalement souhaité ne pas doter le JLD du pouvoir de transformer une mesure d'hospitalisation complète en **soins ambulatoires**, après avoir pris une position contraire en commission.

Ils ont adopté, à titre de compromis, un dispositif revenant à différer de 48 heures la décision du JLD, afin de laisser le temps au psychiatre de l'établissement d'accueil d'établir, le cas échéant, un **protocole de soins**.

De nombreuses personnes entendues par votre rapporteur ont jugé que ce dispositif encourait un fort risque d'**inconstitutionnalité**, dès lors qu'il revenait à maintenir en hospitalisation complète, **pendant une durée allant jusqu'à 48 heures**, une personne dont le JLD a estimé qu'elle devait être remise en liberté. Or, dans sa décision n° 2003-484 DC du 20 novembre 2003 portant sur la loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, le Conseil a réaffirmé le principe selon lequel *« il résulte de l'article 66 de la Constitution que, lorsqu'un magistrat du siège a, dans la plénitude des pouvoirs que lui confère son rôle de gardien de la liberté individuelle, décidé par une décision juridictionnelle qu'une personne doit être mise en liberté, il ne peut être fait obstacle à cette décision, fût-ce dans l'attente, le cas échéant, de celle du juge d'appel. »*

Autrement dit, il est à craindre que la durée de quarante-huit heures prévue dans la rédaction adoptée par les députés (*« lorsque le juge ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures »*) constitue une détention arbitraire contraire à l'article 66 de la Constitution.

Sur proposition de son rapporteur, votre commission a donc **supprimé ce dispositif** au profit de celui que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait elle-même prévu initialement. Autrement dit, le JLD serait en mesure de transformer une mesure d'hospitalisation complète en **soins ambulatoires sans consentement**.

Un tel dispositif permettrait au juge de **moduler sa décision et d'éviter ainsi le « tout ou rien »** : il pourrait ainsi décider que la personne ne nécessite plus d'hospitalisation complète mais qu'elle requiert des soins ambulatoires.

Notons que l'argument, avancé par les représentants du ministère de la justice lors de leur audition, selon lequel il n'appartient pas au juge de se prononcer sur des soins ambulatoires, n'est pas cohérent avec le fait :

- que le préfet se voit bien reconnaître, lui, la possibilité d'apprécier les avis médicaux et de ne pas les suivre au regard des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public : pourquoi, dans ces conditions, le

juge, tout autant généraliste que le préfet, ne pourrait-il pas se livrer à une telle appréciation et décider de s'écarter, ou non, de l'avis médical en assurant une conciliation entre la liberté individuelle et l'ordre public ?

- que le projet de loi lui-même prévoit que le juge peut, s'il est saisi, **se prononcer sur les soins ambulatoires sans consentement**. S'il peut, dans ce cadre, apprécier l'opportunité du maintien des soins ambulatoires, pourquoi ne pourrait-il pas décider de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires ?

D'une manière générale, est-il nécessaire de rappeler que le législateur a depuis longtemps accordé au juge la possibilité **de se prononcer sur la nécessité de soins** ?

Ainsi l'article 132-45 du code pénal prévoit que la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer au condamné de se soumettre « *à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins* ».

Ces mesures peuvent consister en **l'injonction thérapeutique** prévue aux articles L. 3413-3 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques.

De même, l'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au suivi socio-judiciaire, est applicable lorsque le suivi socio-judiciaire¹ est encouru et lorsqu'une expertise médicale conclut à la possibilité de soins, dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté.

Quel que soit le cadre légal, le législateur a toujours prévu que s'il appartenait au juge de se prononcer sur le bien-fondé des soins, **il ne devait pas en définir le contenu**. Un médecin dit « relais » ou « coordonnateur » est en effet chargé de la mise en œuvre de la mesure de soins prononcée par le juge, d'en arrêter les modalités et d'en contrôler le suivi sur le plan sanitaire (voir par exemple l'article L. 3413-3 du code de la santé publique).

C'est pourquoi l'amendement précité précise que lorsque le juge ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète en lui substituant des soins ambulatoires sous contrainte, sa décision prend effet dans un délai maximal de 24 heures pendant **lequel un protocole de soins est établi** par un psychiatre. Cette prise d'effet différé n'encourt **aucun risque d'inconstitutionnalité** puisqu'elle est la conséquence de la décision elle-même du JLD alors que dans le dispositif voté par l'Assemblée nationale, le

¹ *Le suivi socio-judiciaire constitue une peine complémentaire aux peines privatives de liberté criminelles. Il emporte pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive, éventuellement à l'issue de la peine privative de liberté. La peine de suivi socio-judiciaire ne peut être prononcée que pour des infractions graves, telles que l'assassinat d'un mineur, un viol, la diffusion d'images pornographiques de mineurs...*

psychiatre pouvait estimer que le protocole de soins **n'était pas nécessaire** : la personne aurait donc été maintenue « sous clé » sans aucun fondement pendant une durée pouvant aller jusqu'à 48 heures.

Tel n'est pas le cas dans le dispositif proposé par l'amendement : c'est le juge, gardien des libertés individuelles, qui ordonne des soins ambulatoires et laisse ainsi un temps suffisant aux équipes soignantes pour définir le protocole permettant la mise en œuvre de ces soins. Votre rapporteur a estimé qu'un délai de **24 heures** assurait un équilibre satisfaisant entre la liberté individuelle du patient et la nécessité d'établir un protocole de soins adapté à l'état de ce dernier.

• **Prévoir le contrôle de plein droit par le JLD des mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte, à compter du 1er septembre 2012**

Comme indiqué précédemment, le projet de loi ne prévoit pas de **recours systématique au juge judiciaire** pour les soins ambulatoires, à la différence des soins en hospitalisation complète, dès lors que le patient pourrait décider de ne pas se soumettre à ses obligations thérapeutiques : il encourrait alors une réhospitalisation complète qui est, elle, systématiquement contrôlée par le juge.

Le Gouvernement estime ainsi que son projet, dans le respect de la Constitution, apporte des garanties proportionnées à chaque situation : **recours systématique pour l'hospitalisation complète et recours facultatif pour les soins ambulatoires sans consentement.**

A l'issue des auditions auxquelles il a procédé, votre rapporteur estime en effet que le contrôle systématique du JLD en matière de soins ambulatoires n'est pas exigé par la jurisprudence du Conseil constitutionnel et que le **recours facultatif**, sur requête des personnes intéressées, **garantit la constitutionnalité du dispositif.**

Il convient cependant de prévoir explicitement dans le texte que la personne est **bien informée de son droit de refuser les soins ambulatoires** et des conséquences qui s'attacheraient à un tel refus, c'est-à-dire une prise en charge sous forme d'hospitalisation complète. Tel est l'objet **d'un amendement** adopté par votre commission sur proposition de son rapporteur à l'article 1^{er} (alinéa 15).

Toutefois, votre rapporteur estime que ce dispositif devra, à terme, être renforcé par la mise la place d'un **contrôle systématique du juge judiciaire** lorsque cette prise en charge psychiatrique prend la forme d'une **hospitalisation partielle**, même si ce contrôle n'est pas constitutionnellement obligatoire.

En effet, le protocole de soins, définissant les types de soins ambulatoires, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, pourrait prévoir un accompagnement très intensif, consistant par exemple en une **hospitalisation partielle**, qui peut prendre trois formes :

- l'hospitalisation de semaine (24h/24, 5 jours sur 7) ;
- l'hospitalisation de jour (1 à 5 jours par semaine, week-ends exclus) ;
- l'hospitalisation de nuit (1 à 7 nuits par semaine).

Si ces formes d'hospitalisation constituent bien des alternatives à l'hospitalisation complète, elles ne portent pas moins atteinte, dans une certaine mesure, **à la liberté d'aller et venir** ainsi qu'**à la dignité** et **à l'intégrité de la personne**, d'autant qu'elles peuvent durer plusieurs mois, voire plusieurs années.

Si la contrainte est moindre qu'en cas d'hospitalisation complète, votre rapporteur estime qu'elle **justifie un contrôle de plein droit du JLD**.

A cet égard, il est possible de faire le parallèle avec le **contrôle judiciaire** qui présente trois similitudes avec les soins ambulatoires sous contrainte :

- il prévoit la possibilité de soumettre une personne « *à des mesures d'examen, de traitement, ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication.* » (article 138, 10 °, du code de procédure pénale) ;

- il vise à concilier les libertés individuelles avec la protection de la société puisque la personne placée sous contrôle judiciaire est en liberté, comme la personne qui fait l'objet de soins extrahospitaliers sous contrainte ;

- le non-respect des obligations prévues par le contrôle judiciaire l'expose à une détention provisoire, c'est-à-dire à une privation de liberté, dans l'attente du procès, tout comme le non-respect du protocole de soins peut conduire à une réhospitalisation du patient, dans l'attente de la saisine automatique du juge à échéance programmée.

Toutefois, les similitudes s'arrêtent là dans le projet de loi qui nous est soumis : en effet, alors que le contrôle judiciaire est prononcé par le juge judiciaire (en l'espèce le juge d'instruction ou le JLD), **les soins ambulatoires ne feraient l'objet d'aucun contrôle systématique du juge**, même lorsqu'ils prennent la forme d'une hospitalisation partielle.

Votre rapporteur estime, comme la plupart des personnes entendues, qu'un tel contrôle **doit voir le jour** pour mieux protéger les personnes atteintes d'un trouble mental.

En conséquence, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant un contrôle systématique, **mais allégé**, du juge en matière d'hospitalisations partielles.

En effet, le contrôle de ces hospitalisations n'a pas à être aussi fréquent que celui qui prévaut en matière d'hospitalisation complète, d'une part, parce que le régime de contrainte est moindre, d'autre part, parce que si la personne est en hospitalisation partielle, cela signifie qu'elle est probablement en capacité de saisir le juge sur requête. L'amendement garantit que la personne aura un **contact rapide**, avant le 15^{ème} jour suivant l'hospitalisation initiale, avec un juge, ce dernier pouvant, à l'occasion de l'audience, lui indiquer que le recours facultatif lui sera ouvert ultérieurement à tout moment.

Consciente de l'impact qu'un tel dispositif pourrait avoir sur l'organisation de la justice, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant l'instauration de ce contrôle juridictionnel le **1^{er} septembre 2012** (article 14).

- **La possibilité pour le JLD de statuer en chambre du conseil et non publiquement**

Par **un amendement** de son rapporteur, votre commission a précisé que le JLD, lorsqu'il se prononce sur une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, pourrait faire application de la loi n° 72-626 du 5 juillet 1972 qui ouvre la faculté au juge civil de ne pas statuer publiquement **mais en chambre du conseil** (alinéa 92).

Cette précision paraît importante dès lors que la publicité de l'audience pourrait avoir de lourdes conséquences pour les personnes concernées, dans le cas, par exemple, de conflits familiaux et de personnes connues localement...

- **La possibilité pour le JLD de statuer dans une salle d'audience située dans l'hôpital psychiatrique dès lors que cette salle a été « spécialement aménagée »**

Par **un amendement** de son rapporteur (alinéa 94), votre commission a prévu que si **une salle d'audience a été spécialement aménagée** sur l'emprise de l'hôpital psychiatrique pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut statuer dans cette salle. Cet aménagement spécial peut être sommaire (accessibilité pour le public, signalétique adaptée, affichage du rôle à l'entrée de la salle...) mais il est essentiel pour garantir que la salle soit clairement identifiée comme un lieu de justice.

- **Un recours à la visioconférence adapté à la situation des personnes souffrant de troubles mentaux**

Par deux **amendements** proposés par votre rapporteur (alinéa 94), votre commission a **triplement encadré** le recours à la visioconférence, qui a été fortement critiqué lors des auditions.

En premier lieu, elle a précisé que la visioconférence n'est possible que si l'hôpital psychiatrique a spécialement aménagé, en son sein, une salle d'audience dans les conditions évoquées plus haut. Autrement dit, que le juge soit physiquement présent dans cette salle ou qu'il intervienne à distance depuis le palais de justice, les exigences portant sur l'aménagement des lieux **doivent être identiques**.

En second lieu, elle a prévu que le JLD ne pourrait décider que l'audience se déroule par visioconférence **que si un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé** et que, en conséquence, la personne est en capacité d'exprimer son opposition à ce procédé, comme le prévoit le projet de loi. Cet avis médical ne serait pas nécessairement un **avis dédié** : il pourrait ainsi n'être qu'une mention de l'avis conjoint rendu par deux psychiatres qui accompagne la saisine du juge dans le cadre du recours de plein droit.

D'après les magistrats et les psychiatres rencontrés par votre rapporteur, ce dispositif se justifie par le fait que non seulement les personnes atteintes de troubles mentaux pourraient être dans l'incapacité de comprendre les enjeux et le sens de la visioconférence, mais, pis encore, la présence d'un écran et d'une caméra pourrait **aggraver leurs troubles**, dans le cas, par exemple, de personnes schizophrènes, paranoïaques, phobiques... En outre, si, d'après les JLD contactés par votre rapporteur, la visioconférence, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, par exemple en matière pénale, ne pose pas de difficultés techniques particulières, certains **défauts mineurs** (voix légèrement déformées, échos, coupures, décalages de sons...) pourraient prendre pour ces patients des **proportions considérables et altérer l'échange avec le magistrat**. Rappelons, à cet égard, que le **droit à l'accès au juge** a été affirmé à plusieurs reprises dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. La Cour considère que le droit de comparaître devant le juge appelé à apprécier le bien-fondé de la privation de liberté constitue une garantie procédurale et qu'il ne peut y être dérogé que par la nécessité de sauvegarder un intérêt légitime.

L'amendement adopté par votre commission renvoie au corps médical le soin d'évaluer, en fonction de l'état du patient, dans quelle mesure **les inconvénients** de la visioconférence (qui ne permet pas un échange direct, humain, entre le juge et le justiciable) sont ou non contrebalancés par ceux d'un **transport au palais de justice et d'une présentation devant le juge**, qui peuvent constituer des expériences stigmatisantes, voire traumatisantes, surtout lorsqu'ils occasionnent des temps d'attente assez longs.

Enfin, votre commission a prévu que si le patient est assisté par un avocat, **celui-ci ne peut se tenir qu'auprès de l'intéressé**. Elle a ainsi supprimé la faculté que le texte reconnaît à l'avocat de se trouver **auprès du magistrat**, possibilité manifestement incompatible avec le contact humain qui doit s'établir, lors d'une audience, entre un conseil et son client, lorsque ce dernier souffre de troubles mentaux.

- **Ne pas déroger aux règles de procédure pénale de droit commun en matière d'appel des décisions du JLD**

Le projet de loi prévoit que, lorsque la sortie immédiate du patient présente un risque grave d'atteinte à sa propre intégrité ou à celle d'autrui, le procureur peut demander, soit d'office, **soit à la « requête » du directeur d'établissement ou du préfet, que l'appel soit déclaré suspensif.**

Certes, conformément aux exigences constitutionnelles, seul le parquet peut former un recours suspensif contre une décision de mise en liberté. **Le ministère public n'est donc pas lié** par la requête éventuelle du directeur d'établissement ou du préfet.

Toutefois, il ne paraît pas souhaitable de permettre au directeur d'établissement ou au préfet **d'adresser des demandes au parquet**, seul compétent pour apprécier l'opportunité de faire appel d'une décision du JLD et d'assortir, en l'espèce, cet appel d'une demande d'effet suspensif.

Signalons en outre qu'un tel dispositif créerait un précédent, aucun texte en vigueur ne prévoyant la possibilité pour une autorité administrative d'adresser une demande au parquet dans le cadre d'un appel d'une ordonnance du JLD.

En conséquence, à l'initiative de votre rapporteur, la commission des lois a adopté **un amendement** supprimant cette possibilité (alinéa 97).

- **Étendre et préciser le droit à l'oubli**

Comme indiqué précédemment, le projet de loi propose des dispositions spécifiques applicables à **deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui :**

- les personnes qui ont été reconnues **pénalement irresponsables** et font ou ont fait l'objet d'une « **hospitalisation d'office judiciaire** » ;
- les personnes faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Les députés ont instauré un « **droit à l'oubli** » pour ces deux catégories de personnes. Le régime spécifique ne leur serait plus applicable lorsque ces hospitalisations remontent à **un certain nombre d'années**, fixé par décret en Conseil d'État.

Votre commission a adopté **deux amendements** de son rapporteur afin de :

- clarifier le droit à l'oubli en précisant que le point de départ de la période à l'issue de laquelle il s'exercera est nécessairement **la fin** des hospitalisations des personnes concernées (alinéas 74, 76, 86 et 89) ;

- étendre ce droit à l'oubli aux autorisations implicites du préfet en cas de sorties **de courte durée** dont peuvent bénéficier les patients : en effet, le projet de loi prévoit que, dans le cas des personnes en HO, l'autorisation de sortie de courte durée est accordée **sauf veto exprès du préfet**. Le texte renverse cette logique pour les personnes potentiellement dangereuses évoquées plus haut en prévoyant qu'une **autorisation explicite du préfet** est alors requise. Votre commission a estimé que, lorsque l'hospitalisation de ces personnes a pris fin depuis un certain nombre d'années, celles-ci devaient, quels que soient leurs antécédents, être soumises au régime de **l'autorisation préfectorale implicite**, c'est-à-dire au droit commun (article 1^{er}, alinéa 59).

- **Des précisions ou clarifications**

Sur proposition de votre rapporteur, la commission a adopté **plusieurs amendements** de coordination ou de clarification ainsi que **cinq amendements** tendant à :

- remplacer l'intitulé actuel du livre II de la troisième partie du code de la santé publique « *Lutte contre les maladies mentales* » par un intitulé moins stigmatisant pour les personnes atteintes d'un trouble mental et qui, en outre, met l'accent sur l'intervention désormais systématique du juge judiciaire en cas d'hospitalisation sous contrainte. Le titre proposé, par coordination avec l'intitulé du projet de loi, est « *Droits et protection des personnes atteintes d'un trouble mental* » (alinéa avant l'alinéa 1^{er}) ;

- dresser la **liste exhaustive des dispositions législatives qui permettent de déroger au principe du consentement**, ce qui implique de viser les cas d'hospitalisation sous contrainte des détenus (chapitre IV du titre 1^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique) et ceux prononcés par l'autorité judiciaire en cas d'irresponsabilité pénale (article 706-135 du code de procédure pénale) [alinéa 5] ;

- renforcer les droits des personnes admises en soins sans consentement en précisant que les restrictions apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées non seulement à la mise en œuvre du traitement requis, comme le prévoit le texte, mais également à **leur état mental** (alinéa 23) ;

- **harmoniser la procédure** suivie devant le premier président de la cour d'appel avec celle applicable en première instance devant le juge des libertés et de la détention.

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} **sous réserve de l'adoption de ses amendements**.

TITRE II SUIVI DES PATIENTS

En conséquence, des modifications introduites par l'article 1^{er} du projet de loi au chapitre premier du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique concernant les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le présent titre vise à **faire évoluer les dispositions des chapitres II et III de ce même titre** relatives aux procédures d'hospitalisation sous contrainte : l'article 2 modifie ainsi le chapitre II relatif à l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et l'article 3 le chapitre III relatif à l'hospitalisation d'office (HO).

Article 2

(art. L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique)

Admissions en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Le présent article réécrit quasiment totalement le chapitre II (« *Hospitalisation sur demande d'un tiers* ») du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique.

Le texte du projet de loi, modifié par la lettre rectificative

• Le maintien des conditions d'admission à la demande d'un tiers

Rappelons que notre droit prévoit deux procédures d'hospitalisation sous contrainte : l'**hospitalisation d'office (HO)** et celle sur **demande d'un tiers (HDT)**.

Définie à l'article L. 3212-1, cette dernière procédure ne peut être engagée que si **trois conditions cumulatives** sont réunies :

- la personne doit être atteinte de troubles mentaux ;
- ses troubles rendent impossible son consentement ;
- son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Le présent article ne modifie pas ces conditions.

• **L'encadrement de la notion de « tiers » et la création d'une nouvelle mesure : l'hospitalisation en cas de péril imminent**

Le présent article encadre la notion de « tiers » susceptible de solliciter une HDT afin de mettre un terme à certaines dérives responsables d'une forte augmentation du nombre des HDT depuis les années 1990.

En vertu de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique, la demande d'admission, dans le cadre d'une HDT, doit être présentée *« soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil »*.

Cette rédaction a fait l'objet d'une **conception extensive** accordant la qualité de tiers potentiel à toute personne ayant rencontré le malade et agissant à titre personnel, à condition qu'elle ne fit pas partie du personnel soignant de l'établissement d'accueil.

Elle a ainsi donné lieu à certaines pratiques consistant à ce que la demande d'HDT soit signée par une assistante sociale ainsi que par le directeur ou chef de service de l'hôpital dans lequel la personne a été admise au service des urgences et ce, aux fins de son admission dans un centre hospitalier spécialisé, ces personnes étant considérées comme *« susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade »* au sens de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique.

Le Conseil d'Etat a souhaité mettre un terme à ces pratiques. Ainsi, par un arrêt du 3 décembre 2003¹, il a exigé que le tiers, à défaut de pouvoir faire état du lien de parenté avec le malade, justifie **de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci**.

Cet arrêt, s'il a rétabli la **portée effective** de la garantie que représente l'exigence de demande d'un tiers, a également posé la difficulté, pour les services sociaux et le service d'intervention d'urgence, de **trouver un tiers** qui accepte de signer la demande lorsqu'une personne nécessite des soins mais se trouve **profondément isolée sur le plan social ou familial**.

Le présent article consacre la jurisprudence précitée du Conseil d'Etat concernant l'encadrement de la notion de tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et, en contrepartie, crée une **nouvelle procédure** : la procédure d'admission *« sans tiers »* **en cas de péril imminent** afin de répondre aux difficultés rencontrées dans la recherche de tiers. Le chapitre du code de la santé publique consacré à l'admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande **d'un tiers** serait ainsi également applicable, en l'absence de tiers, en cas de **péril imminent pour la santé de la personne** (alinéa 12).

¹ CE, 3 décembre 2003, CHS de Caen, n° 244867.

Outre les critères généraux de l’HDT, rappelés dans le tableau ci-après, **deux conditions** doivent donc être réunies :

- l’absence de tiers, c’est-à-dire, comme indiqué précédemment, l’absence d’une personne « *justifiant de l’existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l’intérêt de celui-ci* » ;

- l’existence d’un péril imminent pour la santé de la personne.

Par ailleurs, dans le cadre de cette nouvelle procédure, l’admission en soins psychiatriques serait subordonnée à la production d’un **seul certificat médical**, contre **deux pour l’admission à la demande d’un tiers**.

Les deux régimes peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous :

	Admission à la demande d’un tiers	Admission en cas de péril imminent
Conditions d’admission communes aux deux mesures	- la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier	
Conditions spécifiques	- saisine soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d’agir dans l’intérêt de celui-ci, à l’exclusion des personnels soignants dès lors qu’ils exercent dans l’établissement d’accueil - deux certificats médicaux requis	- existence d’un péril imminent pour la santé de la personne - un seul certificat médical requis

• **L’aménagement des règles concernant la levée de la mesure de soins sans consentement**

Le présent article aménage les règles de l’article L. 3212-9 du code de la santé publique. Cet article prévoit actuellement que lorsqu’un tiers ou un proche demande la levée de l’hospitalisation prononcée à la demande d’un tiers, celle-ci est de droit **même si le psychiatre traitant estime que la personne a encore besoin de soins et qu’elle n’est toujours pas apte à y consentir**. Face à cette situation, le droit ne laisse aujourd’hui comme alternative que la levée de la mesure, ou la transformation de la procédure d’hospitalisation à la demande d’un tiers en hospitalisation d’office, si les critères de cette dernière sont remplis (sûreté des personnes compromise ou trouble grave à l’ordre public). Le présent article modifie donc l’article L. 3212-9 pour ouvrir au psychiatre **une possibilité d’opposition** à la levée de la mesure de soins sans consentement sur demande d’un tiers ou d’un proche.

Les apports de l'Assemblée nationale intéressant le champ de la compétence de la commission des lois

L'Assemblée nationale a adopté à cet article **deux modifications** principales, à l'initiative du rapporteur de la commission des affaires sociales :

- elle a autorisé expressément le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé à demander, à titre personnel, des soins pour son protégé, c'est-à-dire indépendamment de sa mission de protection juridique (cf. *infra*) ;

- elle a clarifié le recours à la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement **en cas de péril imminent** en la réservant expressément aux cas où il est impossible de trouver un tiers susceptible de demander les soins. En effet, la rédaction initiale laissait penser que la procédure en cas de péril imminent pouvait être engagée même lorsqu'il est possible de trouver un tiers. Les députés ont donc estimé que cette mesure ne devait être prononcée qu'à titre subsidiaire, en l'absence de tiers identifié.

La position de votre commission

Comme indiqué plus haut, l'Assemblée nationale a autorisé expressément le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé à demander, **à titre personnel**, des soins pour son protégé. L'argumentation était fondée sur le fait qu'un tuteur ou un curateur étant un **représentant** de la personne, **il ne pourrait être le tiers** qui présente une demande de soins sans consentement pour son protégé. Dans le cas contraire, cela reviendrait à ce que la personne sous tutelle ou curatelle demande elle-même des soins sans consentement. Or, pour les majeurs protégés, leur tuteur ou leur curateur est souvent la personne la plus proche d'eux et donc celle qui, en l'absence de liens familiaux, correspondrait le mieux à la définition du tiers telle qu'elle figure dans le présent article (« *personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir* »).

En conséquence, les députés ont permis au tuteur ou curateur d'un majeur protégé de demander, **à titre personnel**, des soins pour son protégé.

Toutefois, introduire le principe selon lequel un tuteur ou curateur pourrait agir à titre personnel, c'est-à-dire indépendamment de sa mission de protection de juridique, constituerait une **novation juridique** et **risquerait de conduire à de nombreux contentieux**.

En conséquence, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant que la personne chargée de la protection du majeur peut *es qualité*, et non à titre personnel, être le tiers qui présente une demande d'hospitalisation sous contrainte (alinéa 8).

Votre rapporteur relève toutefois que cette précision n'était pas peut-être pas juridiquement indispensable dans la mesure où, d'une part, le dernier alinéa de l'article 459 du code civil, introduit par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, prévoit que « *la personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard*

*de celui-ci les mesures strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé », d'autre part, que le présent article du projet de loi affirme sans ambiguïté que le tuteur ou le curateur peut *es qualité* présenter une demande d'hospitalisation sous contrainte : dans ce cas, il doit « doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. » (alinéa 16).*

Votre commission a toutefois adopté l'amendement précité, plutôt qu'un amendement de suppression, pour lever toute ambiguïté et dissiper les inquiétudes exprimées par l'Assemblée nationale sur ce point.

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption de l'article 2 **sous réserve de l'adoption de son amendement.**

Article 3

(art. L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-4, L. 3213-5, L. 3213-5-1 [nouveau], L. 3213-6 et L. 3213-8 à L. 3213-11 du code de la santé publique)

Admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet

Le présent article réécrit quasiment totalement le chapitre III (« *Hospitalisation d'office* ») du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique.

Le projet de loi, tel que modifié par la lettre rectificative

Rappelons que notre droit prévoit deux procédures d'hospitalisation sous contrainte : l'**hospitalisation d'office** (HO) et celle sur **demande d'un tiers** (HDT). Tandis que l'article 2 portait sur cette dernière procédure, le présent article porte sur la première.

Il existe en fait deux types d'HO : celle de droit commun et celle d'urgence, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

	Hospitalisation d'office de droit commun	Hospitalisation d'office en urgence
Article du code de la santé publique	Article L. 3213-1	Article L. 3213-2
Autorité compétente pour prononcer la mesure	- à Paris, le préfet de police ; - dans les autres départements, les préfets	- à Paris, les commissaires de police ; - dans les autres départements, les maires

	Hospitalisation d'office de droit commun	Hospitalisation d'office en urgence
Conditions d'hospitalisation	2 conditions cumulatives : - la personne doit présenter des « troubles mentaux [qui] nécessitent des soins ¹ et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » - la décision du préfet est prise « au vu d'un certificat médical circonstancié »	2 conditions cumulatives : - la personne doit présenter un comportement révélant « des troubles mentaux manifestes » ; - présence d'un « danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique »

Le projet de loi ne modifie pas ces procédures.

Votre rapporteur a souhaité interroger les ministères de l'intérieur et de la santé sur la portée et l'utilisation de la **procédure d'hospitalisation d'office en urgence**.

Cette procédure, dérogatoire du droit commun, est engagée par les maires et à Paris, par les commissaires de police. Elle ne peut être mise en œuvre qu'en cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de « **danger imminent pour la sécurité des personnes** ».

Ce danger imminent doit être prioritairement constaté par un « avis médical ». Comme l'a confirmé le ministère de la santé, l'absence de précisions sur les caractéristiques de cet avis indique qu'il peut être établi par **tout médecin** et donc pas seulement par un psychiatre. En outre, cet avis peut émaner d'un **médecin exerçant dans l'établissement susceptible d'accueillir le malade**.

Par ailleurs, le législateur a prévu le cas où aucun médecin n'est physiquement présent et ne peut donc être à même d'attester que l'état de la personne souffrant de troubles mentaux nécessite que soient prises des mesures immédiates de sécurité et d'accès aux soins. Dans cette hypothèse, le danger imminent peut être attesté par la « *notoriété publique* ». D'après le ministère de l'intérieur, cette notion peut, par exemple, recouvrir les situations dans lesquelles un passant empêche une personne de se jeter d'un pont ou sous les rails d'un train ; ce peut également être une personne conduite à l'hôpital par les pompiers alors qu'elle errait dans les rues en tenant des propos incohérents.

¹ On notera que la loi ne fixe pas de critères pour définir la nécessité de soins. La Haute autorité de santé recommande une « définition négative » : la nécessité de soins est établie si l'absence de soins peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié.

Le ministère de la santé a, de son côté, précisé que cette notion n'était pas la **rumeur publique** qui peut résulter de la propagation de bruits confus dans une population mais **la connaissance fondée sur des témoignages convergents de faits et de comportements révélant des troubles mentaux manifestes**. Il peut s'agir par exemple de doléances réitérées adressées au maire par ses administrés sur le comportement d'une personne. Ainsi, dans un jugement du 15 décembre 1987, le tribunal administratif de Clermont-Ferrand a admis que « *diverses attestations d'habitants* » puissent fonder la notoriété publique. De même, dans un jugement du 10 décembre 1987, le tribunal administratif de Paris a estimé que « *l'existence d'un danger était cependant attesté par la notoriété publique, de nombreux incidents étant déjà survenus entre le requérant et les époux X* ».

Cette forme particulière d'hospitalisation d'office est **provisoire**. En effet, l'article L. 3213-2 du code de la santé publique prévoit que s'ils décident une hospitalisation d'office en urgence, les maires ou commissaires de police doivent en référer dans les **vingt-quatre heures** au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les conditions du droit commun. Faute de décision du préfet, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

La procédure d'hospitalisation d'office en urgence est-elle **souvent utilisée en France** ?

Même si ni le ministère de la santé ni celui de l'intérieur n'ont été en mesure de fournir de chiffres précis en la matière, il y aurait entre **11.000 et 13.000 hospitalisations d'office** en urgence chaque année. Environ 70 % des HO décidées par le préfet feraient suite à cette mesure.

Les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relèvent parfois certaines dérives. Ainsi le rapport de visite du Centre Hospitalier Spécialisé d'Auxerre du 24 au 26 février 2009 indique qu' « *en 2007, dix-sept placements HO ont été effectués en ayant recours à la procédure de notoriété publique et autant en 2008, correspondant à douze personnes (...). Ces chiffres sont importants au regard d'une procédure exceptionnelle. Les placements de 2008 ont été examinés. Dans deux cas, la motivation développée dans les arrêtés municipaux est pauvre : « erre sur la voie publique » pour l'un, « trouble du comportement » pour l'autre. Dans ces deux situations, le préfet n'a pas confirmé ces placements au vu du certificat médical établi lors de l'hospitalisation.* » (page 8).

A Paris, les commissaires de police ont également recours à cette mesure d'exception puisque 2.000 à 2.500 personnes font l'objet chaque année d'une telle mesure, **soit 100 à 125 par commissariat central**. Le ministère précise que seules 6 mesures ont fait l'objet de recours contentieux depuis 2004.

Les personnes sont conduites à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), service médico-légal d'accueil et de diagnostic psychiatrique d'urgence que le Conseil d'Etat a reconnue comme le lieu

d'exécution des hospitalisations d'office prévues par l'article L. 3213-2 du code de la santé publique¹.

• **Par ailleurs, le présent article prévoit, en ses alinéas 12, 44, 45 et 46, des dispositions spécifiques applicables aux deux catégories de patients précédemment définies, à savoir :**

- les personnes qui font ou ont fait l'objet d'une **hospitalisation d'office judiciaire** ;

- les personnes qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en **unité pour malades difficiles (UMD)**.

Ces dispositions spécifiques relevant à la fois du présent article et de l'article 1^{er}, votre rapporteur **a choisi**, dans un souci de clarté, **de les présenter dans un tableau figurant dans l'exposé général**².

Les apports de l'Assemblée nationale intéressant le champ de la compétence de la commission des lois

Dans le champ de compétence de votre commission des lois, l'Assemblée nationale a apporté **trois modifications de fond** au présent article, toutes issues de sa commission des affaires sociales.

En premier lieu, les députés ont instauré un « **droit à l'oubli** » pour les **deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui** (voir également commentaire de l'article 1^{er}). Le régime spécifique ne leur serait plus applicable lorsque ces hospitalisations remontent à **un certain nombre d'années**, fixé par décret en Conseil d'État. Pour le rapporteur de la commission des affaires sociales, ce droit à l'oubli permettrait « *d'éviter la stigmatisation de ces personnes et de ne pas rendre plus difficile leur sortie de soins et leur réinsertion sociale* » (alinéa 47).

En deuxième lieu, l'Assemblée nationale a prévu, dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet, une **saisine automatique** du JLD par le directeur de l'établissement d'accueil du patient **lorsque le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète** alors même qu'un psychiatre, participant à la prise en charge du patient, estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire (alinéa 36).

Les députés ont ainsi estimé qu'il incombait au JLD, gardien des libertés individuelles, de **statuer systématiquement** en cas de désaccord entre le représentant de l'Etat et l'équipe soignante.

Le Gouvernement a, lui, exprimé un avis contraire ; M. Michel Mercier a ainsi estimé, lors des débats en séance publique, qu'il appartenait au préfet « *d'assumer toutes ses responsabilités* » et qu'il n'entraîne pas dans

¹ Arrêt du 20 novembre 2009 (CE n° 313598).

² cf supra. : troisième partie du B.

l'office du juge d'être « *un arbitre obligé* » entre deux autorités : l'autorité médicale et l'autorité préfectorale. En conséquence, le Gouvernement s'est opposé au dispositif proposé par la commission des affaires sociales.

Enfin, les députés ont prévu que lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le certificat médical, qui doit être établi **entre le cinquième et le huitième jour** suivant l'admission en soins psychiatriques, serait adressé sans délai au JLD dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. Cette transmission devrait permettre au JLD de prendre connaissance du dossier avant qu'il ne soit saisi automatiquement, et donc de statuer ensuite plus facilement dans les très brefs délais fixés par le texte.

La position de votre commission

• **Prévoir en toutes hypothèses l'intervention systématique du JLD en cas de désaccord entre le préfet et un psychiatre, à compter du 1er septembre 2012**

Comme indiqué précédemment, les députés ont prévu, contre l'avis du Gouvernement, **l'intervention systématique du JLD en cas de désaccord entre le préfet et un psychiatre, à compter du 1^{er} septembre 2012** (article 1^{er}, alinéa 36).

Votre commission a confirmé cette position.

Certes, l'intervention du JLD dans ce cas de figure ne découle pas de la décision précitée du Conseil constitutionnel (QPC). Dès lors que le juge intervient bien, en tout état de cause, à échéances programmées, l'absence d'intervention avant cette date, même si le préfet maintient une personne en hospitalisation contre l'avis du médecin, semble **parfaitement constitutionnelle**.

Toutefois, **en opportunité**, le dispositif adopté par l'Assemblée nationale se justifie pleinement : il appartient en effet au JLD, en tant que **gardien des libertés individuelles**, de se prononcer sur le refus du préfet d'ordonner la levée de **l'hospitalisation complète** alors même qu'un psychiatre, participant à la prise en charge du patient, estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire.

Votre rapporteur relève d'ailleurs que dans son avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté juge souhaitable « *qu'en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité administrative, en matière administrative, le juge compétent soit amené à trancher, le directeur d'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité.* »

Ceci est d'autant plus nécessaire que, même si votre rapporteur n'a pu obtenir de chiffres précis en la matière, il est apparemment fréquent que les préfets ne suivent pas l'avis des psychiatres. Le ministère de la santé a ainsi

indiqué à votre rapporteur qu'il ne disposait pas de « *statistiques sur les situations d'opposition du préfet à une recommandation médicale* », ajoutant toutefois qu'il y aurait « *d'après les fédérations hospitalières, une augmentation des refus par les préfets d'accorder des sorties d'essai ou de lever des hospitalisations d'office* ».

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté **confirme cette tendance** : dans son avis précité du 15 février 2011, il indique que les avis médicaux sont souvent regardés **avec une certaine « méfiance »** par les représentants de l'Etat.

A cet égard, plusieurs personnes entendues par votre rapporteur ont rappelé les termes de la circulaire du 11 janvier 2010¹ qui prévoit que les considérations qui doivent être prises en compte pour apprécier l'opportunité d'octroyer une sortie d'essai **ne sont pas uniquement d'ordre médical** et que s'il revient au seul psychiatre d'apprécier l'état de santé mentale de la personne, il appartient au préfet de bien évaluer « *les éventuelles conséquences en termes d'ordre et de sécurité publics* ».

En conséquence, votre rapporteur est hostile à toute solution écartant l'intervention systématique du juge en cas de conflit entre le préfet et un psychiatre.

Il se réjouit ainsi que les députés n'aient pas adopté l'amendement de compromis n° 34, présenté par certains députés UMP et soutenu par le Gouvernement.

Cet amendement, qui a fait l'objet de vifs débats à l'Assemblée nationale, prévoyait de substituer à la saisine systématique du juge **une disposition garantissant la connaissance par le patient du recours dont il dispose devant ce même juge**. Ainsi, lors de la notification d'un arrêté préfectoral divergeant de l'avis du psychiatre, le directeur d'établissement aurait porté à la connaissance du patient, afin que ce dernier soit parfaitement informé, l'avis du psychiatre et la décision du préfet, et lui aurait rappelé l'existence de la procédure de recours devant le JLD, ainsi que la possibilité de prendre l'avocat de son choix.

Votre commission a non seulement confirmé la position précitée de l'Assemblée nationale mais elle l'a étendue **à deux cas de figure**.

En effet, les députés ont prévu la saisine systématique du JLD dans **un cas très limité** : il s'agit du cas où le préfet n'ordonne pas la levée de la mesure de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète alors que le psychiatre le propose.

¹ Circulaire conjointe des ministres de l'intérieur et de la santé, adressée aux préfets.

Ne sont donc pas inclus les cas :

- où le préfet décide que le patient doit être pris en charge sous forme **d'hospitalisation complète** alors que le psychiatre, à l'issue de la période d'observations, opte pour des soins ambulatoires ;

- où le préfet substitue aux soins ambulatoires, décidés ou acceptés antérieurement par lui, une **hospitalisation complète**, alors que le psychiatre estime que les soins ambulatoires demeurent adaptés à l'état mental de la personne.

Dans ces deux cas de figure, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant **l'intervention de plein droit du JLD**, gardien des libertés individuelles, afin que ce dernier statue à bref délai sur les décisions précitées du préfet, compte tenu des restrictions qu'elles apportent aux libertés individuelles de la personne (alinéas 22 et 28).

Toutefois, consciente de l'impact que ce contrôle systématique du JLD pourrait avoir sur le fonctionnement de la justice, votre commission a adopté **un amendement** de son rapporteur prévoyant que ce contrôle n'interviendrait qu'à compter du 1^{er} septembre 2012 (article 14).

• **Faire évoluer à terme l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris en un hôpital psychiatrique de droit commun**

Votre commission a souhaité que l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP) évolue à terme en un hôpital psychiatrique de droit commun

En effet, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a décidé, le 15 février 2011, de rendre publiques ses recommandations relatives à cette infirmerie, recommandations qui résultent d'une visite de quatre contrôleurs du 15 au 17 juillet 2009.

Elles soulignent que l'IPPP, en tant que lieu de privation de liberté, ne présente pas des **garanties suffisantes** pour les droits de la personne, et ce, pour **deux raisons essentielles**.

En premier lieu, l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police ne dispose d'aucune autonomie. **Elle est un simple service de cette préfecture**, dépendant de la direction des transports et de la protection du public. Ses ressources lui sont assurées par la préfecture de police. Le rapport précise qu'à supposer que les médecins qui y exercent ne sont pas sous l'autorité hiérarchique de la préfecture de police de Paris, ils sont rémunérés par elle, les conditions matérielles de leurs fonctions et la gestion de leur carrière en dépendant.

L'établissement n'a donc rien à voir avec un centre hospitalier habilité à accueillir des malades mentaux. Par conséquent, les dispositions propres aux droits des personnes accueillies en hôpital ne s'y appliquent pas (par exemple les « droits de la personne » figurant au début du code de la santé publique) et aucune autorité de santé n'est compétente pour y vérifier les contenus et les modalités de soins.

En second lieu, dès lors qu'elle ne ressortit pas à la catégorie des établissements hospitaliers qui relèvent de l'article L. 3222-1 du code, l'infirmier psychiatrique n'est pas obligatoirement visitée par les magistrats des tribunaux compétents et, notamment, par le parquet.

En conséquence, précise le Contrôleur, le dispositif entretient le doute sur la **distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales**. Le rapport recommande ainsi de mettre fin à cette confusion, **qui n'a aucun équivalent dans une autre ville de France**.

C'est pourquoi, à l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté **un amendement** prévoyant que lorsque l'hospitalisation d'office en urgence est prononcée, la personne ne peut être prise en charge que dans le cadre d'un **établissement psychiatrique de droit commun** (alinéa 24).

Cet amendement conduit ainsi l'IPPP à évoluer en un **établissement hospitalier de droit commun**. En effet, sur le plan des principes, une situation pathologique, fût-elle d'urgence, ne doit pas être prise en charge par une institution relevant d'une institution de police, sauf à alimenter la confusion – toujours regrettable - entre troubles psychiatriques, délinquance et dangerosité.

Votre commission a également adopté, à l'article 14, **un amendement** de son rapporteur laissant à la Préfecture de police jusqu'au 1^{er} septembre 2012 pour procéder à ce changement de statut.

En outre, votre commission a adopté, sur proposition de son rapporteur, **trois amendements** tendant à :

- clarifier le droit à l'oubli en précisant que le point de départ de la période à l'issue de laquelle s'exercera le droit à l'oubli est nécessairement **la fin** des hospitalisations des personnes concernées (alinéas 12 et 47) ;

- appliquer au recours du JLD, lorsqu'il est saisi en cas de désaccord entre le préfet et le corps médical, **la procédure accélérée** prévue en cas de recours obligatoire, et non celle du recours facultatif (alinéa 36) ;

- préciser la rédaction de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique portant sur les hospitalisations d'office prononcées par le préfet sur saisine des autorités judiciaires. D'une part, l'amendement met en facteur commun la référence au premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal qui porte sur l'abolition du discernement ; d'autre part, il clarifie le dispositif en vigueur : contrairement à ce qu'il peut laisser penser, le préfet, saisi par l'autorité judiciaire, **n'est pas tenu de prononcer une hospitalisation d'office**. Il doit en revanche ordonner sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade, au vu de laquelle il pourrait prononcer cette hospitalisation d'office selon les conditions du droit commun (alinéa 42).

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption de l'article 3 **sous réserve de l'adoption de ses amendements**.

Article 4

(art. L. 3214-1 à L. 3214-4 du code de la santé publique)
**Admissions en soins psychiatriques sans consentement
des personnes détenues**

Le présent article modifie les articles L. 3214-1 à L. 3214-4 du code de la santé publique qui figurent au chapitre IV (« *Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux* ») du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique.

Le présent article, qui n'a fait l'objet que d'amendements rédactionnels ou de coordinations à l'Assemblée nationale, **apporte peu de modifications de fond au droit de l'hospitalisation sous contrainte des détenus.**

Le droit en vigueur

L'article 3214-3 du code de la santé publique définit **les conditions dans lesquelles une personne détenue souffrant de troubles mentaux peut être hospitalisée en soins psychiatriques sans son consentement.**

Ces conditions s'inspirent à la fois de celles qui prévalent en matière d'HDT et en matière d'HO de droit commun. Sont en effet invoquées **la nécessité de soins immédiats** assortis d'une **surveillance constante en milieu hospitalier** ainsi que la présence de **troubles mentaux rendant impossible le consentement du détenu**. Le fait que ces troubles constituent un danger pour le détenu lui-même ou pour autrui est en outre mentionné.

L'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement est alors prononcée par le préfet du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire (ou, à Paris, par le préfet de police) au vu d'un certificat médical circonstancié.

Le tableau ci-après permet de comparer les conditions d'admission des **trois principales modalités d'hospitalisation sous contrainte** :

	HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS	HOSPITALISATION D'OFFICE (droit commun)	HOSPITALISATION D'OFFICE D'UN DÉTENU
Autorité compétente pour prononcer la mesure	le directeur de l'établissement psychiatrique	- à Paris, le préfet de police - dans les autres départements, les préfets	- à Paris, le préfet de police - dans les autres départements, les préfets
Conditions d'hospitalisation	4 conditions cumulatives : - la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ; - deux certificats médicaux circonstanciés doivent tous deux attester que les conditions d'admission sont réunies.	3 conditions cumulatives : - la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles « <i>nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public</i> » - la décision du préfet ne peut être prise qu'« <i>au vu d'un certificat médical circonstancié</i> »	5 conditions cumulatives : - le détenu doit être atteint de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ; - ces troubles constituent un danger pour le détenu ou pour autrui ; - la décision du préfet ne peut être est prise qu'« <i>au vu d'un certificat médical circonstancié</i> »

Par ailleurs, il ressort de la lecture combinée de l'article 3214-1 du code de la santé publique et du décret précité du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique que les personnes détenues peuvent être hospitalisées sans leur consentement :

- soit en unités pour malades difficiles (UMD) ;
- soit en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Les UHSA ont été **créées par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002**, un an après qu'une telle solution a été préconisée par un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) relatif à « l'organisation des soins aux détenus ». Elles se sont inspirées des UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales) qui permettaient déjà d'accueillir à l'hôpital des détenus pour des hospitalisations programmées au titre des soins **somatiques**.

L'objectif affiché de ces nouvelles structures est de compléter l'offre de soins accordée aux détenus, afin que ceux-ci puissent bénéficier d'une prise en **charge psychiatrique réellement équivalente** à celle qui prévaut en dehors du milieu carcéral.

Ces unités sont implantées dans des établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

La première UHSA a ouvert à l'hôpital du Vinatier à Lyon en mai 2010.

Comme le souligne le rapport d'information précité intitulé « *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* »¹, le ministère de la justice a lancé un **programme de construction des UHSA** portant sur la création de 17 unités pour une capacité totale de 705 lits. Une première tranche de huit unités doit en principe être achevée en 2012.

¹ *Rapport d'information de M. Gilbert BARBIER, Mme Christiane DEMONTÈS, MM. Jean-René LECERF et Jean-Pierre MICHEL, fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales n° 434 (2009-2010) - 5 mai 2010 <http://www.senat.fr/notice-rapport/2009/r09-434-notice.html>.*

Première tranche de construction des UHSA

Région	Localisation	Capacité	Date prévue de mise en service
Ile de France	Paul Guiraud (Villejuif)	60	Novembre 2012
Nord-Pas de Calais	CH Seclin	60	Septembre 2012
PACA	CH Edouard Toulouse (Marseille)	60	Juillet 2012
Centre	CH Georges Daumezon (Orléans-Fleury les Aubray)-	40	Mars 2012
Lorraine	Centre psycho-thérapeutique de Nancy-Laxou (Laxou)	40	Novembre 2011
Midi-Pyrénées	CH Gérard Marchand (Toulouse)	40	Septembre 2011
Aquitaine	CHS Cadillac (Cadillac sur Garonne)	40	Septembre 2012
Bretagne	CH Guillaume Régnier (Rennes)	40	Juin 2012

Ces unités devraient permettre d'hospitaliser les détenus dans des conditions **beaucoup plus favorables qu'actuellement** ; en effet, comme le souligne le rapport précité, les détenus souffrant de troubles mentaux :

- soit ne sont pas pris en charge de manière satisfaisante ;
- soit le sont dans le cadre d'une UMD au motif que leur statut de détenu implique une hospitalisation dans des conditions sécurisées, alors qu'ils ne sont pas nécessairement des « malades difficiles ».

La création des UHSA devrait donc apporter une première réponse à la question de la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques.

Notons que tous les détenus seront, à terme, hospitalisés en UHSA, lorsque le programme de construction des 17 UHSA sera terminé.

Toutefois, ils pourront continuer à être placés en UMD si leur état de santé suppose qu'une prise en charge spécifique leur soit dispensée, attestée par une prescription médicale.

Le projet de loi

Le présent article apporte, on l'a dit, **peu de modifications** au cadre juridique actuel de l'hospitalisation sous contrainte des personnes détenues.

Il ne transpose pas la possibilité de prendre en charge un détenu sous forme de **soins ambulatoires**, ce qui reviendrait à permettre au psychiatre de lever, au moins partiellement, la privation de liberté à laquelle le détenu a été condamné.

En revanche **deux modifications** par rapport au droit en vigueur méritent d'être signalées.

En premier lieu, le présent article rend applicable aux détenus qui font l'objet d'une hospitalisation d'office le nouvel article L. 3211-12-1 du code de la santé publique qui prévoit une saisine automatique du juge, à échéances programmées.

Certes, la personne détenue, en passant de la prison à l'hôpital, demeure dans un lieu de privation de liberté. Toutefois, la nature de la privation de liberté individuelle **diffère dans les deux hypothèses**. On peut même considérer que l'hospitalisation d'une personne détenue sans son consentement peut constituer une atteinte supplémentaire à sa liberté individuelle : en effet, les communications avec l'extérieur (parloir, téléphone) peuvent s'avérer plus aisées pour la personne en milieu pénitentiaire qu'elles ne le sont, par exemple, dans une unité pour malades difficiles. De même, la personne peut faire l'objet de dispositifs de contention, destinés à immobiliser tout ou partie de son corps. En conséquence, **le contrôle de plein droit du JLD en cas d'hospitalisation d'office d'une personne détenue est pleinement justifié**.

Enfin, l'article L. 3214-2 du code de la santé publique dispose que lorsque le JLD ordonne la sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République qui organise le retour en détention.

En second lieu, le présent article prévoit **une exception** au principe de l'hospitalisation des détenus soit en UMD, soit en UHSA. Cette exception concerne les **détenus mineurs**, qui pourraient, « *lorsque leur intérêt le justifie* » être hospitalisés dans un établissement psychiatrique de droit commun. Cette disposition vise notamment à permettre la séparation des détenus mineurs et majeurs et à mieux prendre en compte la spécificité des troubles mentaux des mineurs (pathologies du jeune adulte, pathologies liées à une immaturité) qui, dans certains cas, pourraient justifier une hospitalisation en pédopsychiatrie.

Les apports de l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a adopté à cet article que des amendements rédactionnels ou de coordination.

La position de votre commission

Sur proposition de votre rapporteur, la commission des lois a adopté à cet article **trois amendements** tendant à :

- insérer le mot « *hospitalière* » après le mot « *unité* » afin de consacrer le sigle désormais connu d'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) alors que le droit actuel ne mentionne que des « *unités spécialement aménagées* » (alinéa 5) ;

- préciser que l'avis conjoint qui accompagne la saisine automatique du JLD doit être rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil participant à la prise en charge du patient ainsi que par un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire où se trouvait le détenu avant son hospitalisation (alinéa 10) ;

- clarifier le fait que le certificat médical exigé dans le cadre d'une hospitalisation d'une personne détenue ne peut émaner du psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, conformément au droit en vigueur (alinéas 19 à 22).

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption de l'article 4 **sous réserve de l'adoption de ses amendements.**

Article 5

(art. L. 3215-1 à L. 3215-4 du code de la santé publique)

Harmonisations des infractions pénales

Le présent article modifie les quatre articles du chapitre V (« *Dispositions pénales* ») du titre I^{er} (« *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (« *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique.

Ce chapitre V porte sur les **dispositions pénales** applicables en cas de non-respect des dispositions des chapitres I^{er} à III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique.

Le présent article a deux objets :

- d'une part, il procède à des **coordinations** rendues nécessaires par le passage de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement ;

- d'autre part, il procède à une **harmonisation des quantums des peines** applicables en matière d'hospitalisation sous contrainte avec ceux du droit commun.

En effet, comme l'explique l'étude d'impact jointe au présent projet de loi, le ministère de la justice a engagé depuis quelques années « *un travail d'harmonisation, de mise en cohérence et de simplification du droit pénal. A ce titre, dans chaque texte examiné, la rigueur et le souci de sécurité juridique conduisent le Gouvernement à veiller à instaurer notamment des sanctions pénales dont les montants et les régimes sont conformes aux nomenclatures érigées par le code pénal, droit commun en la matière* »

En conséquence, conformément à l'échelle des peines de droit commun, le présent article propose de fixer une amende délictuelle de **7.500 euros** lorsqu'une peine de **six mois** d'emprisonnement est encourue et une amende de **15.000 euros** lorsqu'une peine **d'un an** d'emprisonnement est encourue.

En premier lieu, le présent article modifie l'article L. 3215-1 du code de la santé publique qui prévoit qu'est puni d'une peine d'emprisonnement de **deux ans** et de **3.750 euros** d'amende le fait pour un directeur d'hôpital psychiatrique de retenir un patient dont la sortie a été ordonnée ou la mesure d'hospitalisation levée. L'article porte à **un an** d'emprisonnement et à **15.000 euros** d'amende les peines encourues : la durée d'emprisonnement est donc diminuée mais le montant de l'amende est, lui, majoré.

En deuxième lieu, le présent article modifie l'article L. 3215-2 du code de la santé publique, qui dresse la liste des actes des directeurs d'hôpitaux psychiatriques passibles d'une peine d'**un an** d'emprisonnement et de **3.750 euros** d'amende. La peine encourue passe désormais à **six mois** d'emprisonnement et à **7.500 euros** d'amende. L'article procède à certaines coordinations avec la réforme du droit de l'hospitalisation sous contrainte proposée ; les actes concernés seraient donc les suivants :

- le fait d'admettre des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement à la demande d'un tiers sans disposer de la demande et des certificats médicaux requis ;

- le fait d'admettre une personne en soins psychiatriques sans son consentement en cas de péril imminent, même en l'absence de tiers : est également visé le fait de procéder à l'admission sans le certificat médical requis ;

- le fait d'omettre d'adresser au préfet les certificats médicaux et le bulletin d'entrée dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;

- le fait d'omettre d'adresser au préfet dans les délais prescrits les certificats médicaux ;

- le fait d'omettre de se conformer dans le délai prescrit aux dispositions concernant la tenue et la présentation des registres.

Enfin, le présent article modifie l'article L. 3215-4 du code de la santé publique qui fixe les peines susceptibles d'être prononcées à l'encontre des médecins des hôpitaux psychiatriques qui refuseraient ou omettraient d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux prévus par la loi qu'il leur incombe de rédiger. Comme pour les directeurs d'hôpitaux psychiatriques, la peine encourue serait fixée à **six mois** d'emprisonnement et **7.500 euros** d'amende contre **un an** de prison et **3.750 euros** d'amende aujourd'hui.

A l'initiative de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a apporté une **modification de fond** à cet article. Elle a relevé que l'article L. 3215-2 du code de la santé publique, qui dresse la liste des actes répréhensibles des directeurs d'hôpitaux psychiatriques, visait à prévenir et punir les **atteintes à la liberté des patients**, à la seule exception d'une

disposition qui vise la simple omission d'informer certaines autorités¹ de la levée de la mesure de soins psychiatriques. Elle a estimé que ce défaut d'information ne devait pas être puni et l'a donc exclu du champ de l'article L. 3215-2 précité.

Votre rapporteur approuve cette modification ; il relève en outre que la baisse du quantum des peines d'emprisonnement ne modifie en rien la philosophie du dispositif pénal qui constitue avant tout un rempart dissuasif permettant de sanctionner de **façon graduée et proportionnée** d'éventuelles atteintes aux libertés dans le cadre particulier d'une hospitalisation sous contrainte. En effet, en l'absence de dispositif adapté, la seule peine encourue serait celle prévue à l'article 432-4 du code pénal qui punit de **7 ans d'emprisonnement** le fait pour une personne chargée d'une mission de service public d'ordonner ou d'accomplir un acte attentatoire à la liberté individuelle à l'occasion de l'exercice de sa mission. Cette peine est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque la rétention excède une durée de 7 jours.

Votre commission a donné un **avis favorable** à l'adoption de l'article 5.

Article additionnel après l'article 5

(art. L. 3216 [nouveau] du code de la santé publique)

Unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte

Sur proposition de son rapporteur, votre commission a adopté un **amendement** tendant à insérer un article additionnel après l'article 5 afin d'unifier le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte au **1^{er} septembre 2012**.

L'Assemblée nationale n'a pas, à l'occasion de l'examen du présent projet de loi, débattu du **bien-fondé** des règles de compétences juridictionnelles en matière d'hospitalisation sans consentement.

Or, le contentieux en la matière se caractérise **par un éclatement entre le juge judiciaire et le juge administratif**, éclatement dont la pertinence mérite un examen approfondi.

Quelles sont les règles en vigueur ?

Le **juge administratif** est compétent pour examiner la seule **régularité de la procédure** d'admission en soins. Il n'examine donc que les cas d'ouverture **de légalité externe** et ne se prononce pas sur le fond puisqu'il ne peut pas porter une appréciation sur la **nécessité des mesures d'hospitalisation d'office**.

¹ Il s'agit en particulier du préfet et du procureur de la République.

Il peut en revanche vérifier que, conformément à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, l'arrêté préfectoral prononçant l'hospitalisation d'office d'une personne :

- est motivé ;
- énonce avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire (mais le contrôle du juge est, dans ce domaine, purement formel) ;
- repose sur un certificat médical circonstancié établi par un psychiatre étranger à l'établissement accueillant le malade.

Le **juge judiciaire**, gardien de la liberté individuelle, est quant à lui compétent pour statuer sur le **bien-fondé** de la mesure d'**hospitalisation** sous contrainte, au regard, par exemple, des avis médicaux. Il peut prononcer la mainlevée immédiate de l'hospitalisation.

Une personne qui souhaite contester une hospitalisation sous contrainte peut donc :

- soit saisir le juge administratif s'il estime que la décision d'hospitalisation a été prise selon une **procédure irrégulière** ;
- soit saisir le juge judiciaire, en l'occurrence le JLD, s'il conteste le **bien-fondé de la mesure**.

Le schéma qui a prévalu jusqu'à une période récente

Pendant longtemps, le schéma procédural était le suivant :

Si la personne obtenait l'annulation de la décision d'hospitalisation sous contrainte auprès du juge administratif, elle pouvait ensuite saisir le JLD afin qu'il ordonne immédiatement sa sortie de l'établissement. Le juge administratif ne pouvait en effet ordonner lui-même cette sortie, qu'il s'agisse de la procédure des référés (référé-suspension ou référé-libertés) ou d'un recours en annulation initié afin de contester la légalité d'une mesure administrative d'internement.

Si elle saisissait directement le juge judiciaire, elle pouvait obtenir une sortie immédiate mais uniquement si le juge remettait en cause le bien-fondé de la mesure, et non dans l'hypothèse où la mesure avait été prise selon une **procédure irrégulière** (arrêté signé par le secrétaire général de la préfecture sans délégation, absence de motivation de l'arrêté...)

Par ailleurs, le juge administratif se reconnaissait compétent pour se prononcer sur l'**indemnisation** du préjudice subi à raison de l'irrégularité de la procédure relevée par un juge administratif, tandis que le juge judiciaire accueillait, lui, les recours en indemnisation pour détention arbitraire après une mainlevée de l'hospitalisation ordonnée par un juge judiciaire¹.

¹ Notons que ces recours en indemnisation obéissent au droit commun de la procédure devant un tribunal de grande instance : assignation, représentation par avocat obligatoire, procédure écrite.

Des réponses jurisprudentielles au problème soulevé par la dualité des juridictions

Face à cette situation, la jurisprudence a dégagé **certaines solutions** de nature à limiter les inconvénients résultant de la dualité des juridictions.

En premier lieu, le tribunal des conflits a, en 1997, estimé que seul le juge judiciaire était compétent pour statuer sur les demandes de **réparation du préjudice** subi par la personne hospitalisée. Cette juridiction a donc créé un premier bloc de compétence au profit des tribunaux de l'ordre judiciaire¹.

En second lieu, le Conseil d'Etat a, en avril 2010, reconnu la compétence du juge des référés-libertés **pour enjoindre à l'administration de mettre fin à une hospitalisation d'office** dans l'hypothèse où, « *eu égard aux seules irrégularités dont elle serait entachée* », la décision d'hospitalisation d'office « *porte une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale dont la violation serait invoquée* »². Le Conseil d'Etat s'est fondé sur l'article L. 521-2 du code de justice administrative qui prévoit que « *saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public (...) aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale.* »

S'il a donc confirmé que le juge administratif ne pouvait porter une appréciation sur la **nécessité des mesures d'hospitalisation d'office**, le Conseil d'Etat a considéré qu'en cas d'annulation de la décision, le juge administratif pouvait enjoindre à l'hôpital de mettre fin à **une hospitalisation d'office**, c'est-à-dire libérer la personne internée, ce qui évite le recours au juge judiciaire pour demander la sortie immédiate de l'établissement.

La solution dégagée par le Conseil d'Etat **limite donc les inconvénients** inhérents à la dualité des juridictions compétentes en matière d'hospitalisation sous contrainte.

Les limites de la situation juridique actuelle

La situation actuelle est-elle pour autant compatible avec les exigences conventionnelles et constitutionnelles en matière de droit à **un recours juridictionnel effectif** ?

¹ Tribunal des conflits, 17 février 1997, n° 03045, CE, 1^{er} avril 2005, n° 264627.

² CE, 1^{er} avril 2010, M. S, n° 335753.

En premier lieu, il apparaît que la dualité de juridiction en matière d'hospitalisation sans consentement a récemment été critiquée par un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)¹, en raison des « *circonstances très particulières de l'espèce* » (annulation par le juge administratif des décisions successives d'hospitalisation d'office, sans que jamais l'intéressé n'obtienne une décision des tribunaux judiciaires mettant fin à la mesure d'hospitalisation).

Toutefois, dans cet arrêt, la Cour souligne également « *la complémentarité des recours existants pouvant permettre de contrôler l'ensemble des éléments de la légalité d'un acte, puis aboutir à la libération de la personne internée* ». Rappelons, à cet égard, que la norme de référence en la matière est non pas l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme mais la disposition, plus exigeante, de l'article 5-4 qui prévoit que « *toute personne privée de sa liberté a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale* ». Même s'il est difficile de l'établir avec certitude, il semble que l'arrêt précité de la CEDH juge les règles françaises de compétences juridictionnelles compatibles avec l'article 5-4 susmentionné.

En second lieu, la dualité des juridictions en matière d'hospitalisation sous contrainte **n'est pas contraire au droit au recours** tel que garanti par l'article 16 de la Déclaration de 1789 qui prévoit que « *toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution* ». C'est précisément ce que vient de juger le Conseil constitutionnel dans sa décision précitée n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 sur l'hospitalisation sous contrainte. Le Conseil s'est appuyé sur une **double argumentation**.

D'une part, le Conseil a rappelé, de façon générale, que la dualité des ordres de juridiction **a un fondement constitutionnel**. Reprenant sa jurisprudence de 1987², il a considéré que « *conformément à la conception française de la séparation des pouvoirs, figure au nombre des « principes fondamentaux reconnus par les lois de la République » celui selon lequel, à l'exception des matières réservées par nature à l'autorité judiciaire, relève en dernier ressort de la compétence de la juridiction administrative l'annulation ou la réformation des décisions prises³, dans l'exercice des prérogatives de puissance publique, par les autorités exerçant le pouvoir exécutif, leurs*

¹ CEDH, cinquième section, 18 novembre 2010, Baudoin c. France, n° 35935/03.

² Décision n° 86-224 DC du 23 janvier 1987, Loi transférant à la juridiction judiciaire le contentieux des décisions du Conseil de la concurrence.

³ On notera que la décision du 23 janvier 1987 réserve à la compétence du juge administratif « l'annulation ou la réformation des décisions administratives ». Cette réserve porte donc principalement sur le contentieux de l'excès de pouvoir, et non sur le contentieux de pleine juridiction (responsabilité, contrats...) qui pourrait donc être transféré au juge judiciaire sans modification de la Constitution.

agents, les collectivités territoriales de la République ou les organismes publics placés sous leur autorité ou leur contrôle » (cons. 15). Il a ajouté que depuis la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008, l'existence de la justice administrative trouvait son fondement dans la Constitution elle-même, à l'article 61-1¹.

D'autre part, s'agissant en particulier de la dualité des juridictions compétentes en matière d'hospitalisation sous contrainte, le Conseil constitutionnel a constaté que la compétence du juge administratif pour statuer sur la régularité de la procédure ou la décision administrative ayant conduit à l'hospitalisation sans consentement **ne limite pas la compétence du juge judiciaire** pour apprécier la nécessité de la privation de liberté et, le cas échéant, prononcer la sortie immédiate de la personne hospitalisée.

Il ressort donc de ces développements que les règles de compétences juridictionnelles en matière d'hospitalisation sous contrainte sont compatibles avec les exigences constitutionnelles, et semble-t-il également conventionnelles, en matière de droit à **un recours juridictionnel effectif**.

Ces règles sont-elles pour autant opportunes ?

Pour répondre à cette question, il convient de rappeler que dans sa décision précitée de 1987, le Conseil constitutionnel a estimé que si le principe de dualité des ordres de juridiction avait un fondement constitutionnel, il a également considéré que *« dans la mise en œuvre de ce principe, lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé. »* (cons. 16).

Ainsi, le Conseil constitutionnel admet que dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, la loi organise des blocs de compétence au profit d'un des deux ordres juridictionnels.

A cet égard, il est intéressant de noter que le Conseil constitutionnel souligne lui-même dans son Cahier n° 30 que l'unification du contentieux en matière d'hospitalisation sans consentement *« paraît répondre aux conditions posées par le considérant 16 de la décision du 23 janvier 1987 »*². Autrement dit, le Conseil admet qu'il serait loisible au législateur d'unifier le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte **dans le souci d'une bonne administration de la justice**.

¹ *Décision n° 2009-595 DC du 3 décembre 2009, Loi organique relative à l'application de l'article 61-1 de la Constitution, cons. 3.*

² *Voir, dans les Nouveaux cahiers du Conseil constitutionnel, le cahier n° 30 sur la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (page 19).*

Dans son rapport de première lecture sur le projet de loi constitutionnelle de modernisation des institutions de la Ve République, notre collègue M. Jean-Jacques Hiest, président de la commission des lois, avait d'ailleurs cité le contentieux de l'hospitalisation d'office comme l'un des contentieux pouvant être « *unifiés sans qu'il soit pour cela nécessaire de modifier la Constitution* »¹.

Rappelons que le législateur a déjà créé, par le passé, des **blocs de compétence** afin de mettre un terme au « *désordre des deux ordres* » pour reprendre l'expression du professeur Thierry Fossier². Quelques exemples peuvent être ici donnés :

- la loi n° 57-1424 a attribué compétence aux **tribunaux judiciaires** pour statuer sur les actions en responsabilité des dommages causés par tout véhicule et dirigées contre une personne de droit public ;

- la loi n° 87-499 du 6 juillet 1987 a transféré le contentieux des décisions du Conseil de la concurrence à la **juridiction judiciaire** ;

- l'article 2 de la loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier (MURCEF) a confié au **juge administratif** l'ensemble du contentieux des marchés passés en application du code des marchés publics ;

- l'article 5 de la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail attribue au **juge judiciaire** le contentieux de la rupture conventionnelle du contrat de travail, bien que cette rupture conventionnelle soit soumise à l'homologation de l'autorité administrative³.

A contrario, votre rapporteur relève que la jurisprudence constitutionnelle **ne permet pas d'unifier au sein d'un bloc de compétence le contentieux des étrangers**. En effet, dans sa décision du 28 juillet 1989, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution une disposition confiant au juge judiciaire la compétence pour juger la légalité des arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière⁴. Il a estimé que ces arrêtés constituaient **des actes de la puissance publique**, dont l'annulation relève de la compétence générale du juge administratif. Ainsi, la juridiction administrative est actuellement compétente pour connaître du contentieux des mesures de police telles que la reconduite à la frontière et le juge judiciaire pour celui des mesures privatives de liberté, c'est-à-dire de la rétention administrative. On notera d'ailleurs que le rapport de la commission sur le cadre constitutionnel de la nouvelle politique d'immigration,

¹ Voir, dans le rapport n° 387 (2007-2008) de M. Jean-Jacques Hiest, fait au nom de la commission des lois, déposé le 11 juin 2008, le commentaire de l'article 11 <http://www.senat.fr/rap/107-387/107-387.html>.

² T. Fossier, « Contrôle de légalité et responsabilité en matière d'internement des aliénés : le désordre des deux ordres ? », RDSS 2005.

³ Cette disposition a été codifiée au sein de l'article L. 1237-14 du code du travail.

⁴ Conseil constitutionnel, décision n° 89-267 DC du 28 juillet 1989.

dit « rapport Mazeaud » écarte pour des raisons, tant de constitutionnalité que d'opportunité, toute unification du contentieux¹, position confirmée par le Parlement dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.

Votre rapporteur estime que le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte mérite d'être **unifié au profit du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles**.

Une telle réforme garantirait qu'un juge se prononce à bref délai sur **la mesure de soins sans consentement**, tant en ce qui concerne son bien-fondé que sa régularité formelle.

Elle mettrait fin à une situation complexe d'autant que l'information donnée aux patients hospitalisés sur les voies de recours semble actuellement insuffisante, comme l'ont indiqué de nombreuses personnes entendues par votre rapporteur.

Certes, l'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que le patient doit être informé des voies de recours qui lui sont ouvertes, ce que ne remet pas en cause le projet de loi.

D'après les informations communiquées par le ministère de la santé, cette information prend, en pratique, la forme d'un **livret d'accueil** remis à la personne prise en charge par un membre du personnel de l'établissement de santé d'accueil. Par ailleurs, dans le cas des arrêtés d'HO, ils sont remis aux patients contre signature par le personnel de l'établissement d'accueil et comportent l'indication des voies et délais de recours ainsi que les adresses du tribunal administratif et du juge des libertés et de la détention à saisir.

Toutefois, le patient souffrant de troubles mentaux ne peut qu'être **dérouté** par cette dualité des juridictions : il doit en effet choisir l'ordre juridictionnel en fonction des moyens qu'il entend invoquer : s'il souhaite contester la régularité de la procédure d'admission en soins, il devra s'adresser au juge administratif mais s'il entend remettre en cause le bien-fondé de la mesure, il devra se tourner vers le juge judiciaire...

Même si le ministère de la santé indique, dans les réponses aux questionnaires de votre rapporteur, avoir prévu la mise en place d'« *un groupe de travail notamment avec les usagers (FNAPSY) pour définir des modalités efficaces de diffusion d'une information claire et pratique sur les droits et les modalités de recours* », il n'en demeure pas moins que la situation restera complexe tant que le contentieux ne sera pas unifié.

¹ Voir sur ce point le chapitre V de ce rapport qui écarte les trois hypothèses d'unification du contentieux des étrangers : au sein de l'ordre administratif, au sein de l'ordre judiciaire ou au bénéfice d'une juridiction spécialisée.

Ce point de vue a été défendu par l'ensemble des magistrats entendus par votre rapporteur, qu'ils appartiennent à l'ordre judiciaire ou à l'ordre administratif¹.

Certains d'entre eux ont toutefois mis l'accent sur le fait que la réforme du droit de l'hospitalisation sous contrainte va, dès le 1^{er} août 2011, exiger des juridictions et de l'ensemble des acteurs judiciaires une **mobilisation considérable** et qu'il serait, dans ces conditions, difficile d'imaginer y ajouter l'unification du contentieux qui aurait pour conséquence un élargissement du champ d'intervention du JLD. C'est pourquoi votre rapporteur propose qu'une telle unification n'intervienne qu'au 1^{er} septembre 2012, soit un peu plus d'un an **après l'entrée en vigueur de la présente loi**.

Ce différé permettra de former les JLD, aujourd'hui incompetents pour connaître de la régularité des actes administratifs et d'anticiper la charge de travail supplémentaire susceptible d'être générée par cette évolution. En effet, cette dernière pourrait entraîner une augmentation du nombre de saisines ainsi qu'un allongement des audiences et du temps de rédaction des ordonnances puisqu'elles porteront tant sur le bien-fondé de la mesure de soins sans consentement que sur la régularité de la procédure suivie.

En conséquence, votre commission a adopté un amendement de son rapporteur insérant un article additionnel après l'article 5 prévoyant que le droit de l'hospitalisation sous contrainte **relèverait dorénavant exclusivement du juge judiciaire**.

Elle a également adopté un amendement de son rapporteur fixant la création de ce bloc de compétence judiciaire au **1^{er} septembre 2012** (article 14).

Article 6

(art. L. 3222-4 du code de la santé publique)

Organisation de la prise en charge psychiatrique

Votre commission ne s'est saisie pour avis que de la disposition, figurant à l'alinéa 24, qui modifie l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

Cet article dispose que les hôpitaux psychiatriques sont visités sans publicité préalable :

- une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant ;

- au moins une fois par trimestre par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.

¹ On relève environ 400 recours annuels devant les juridictions administratives en matière d'hospitalisation sous contrainte, contre 1800 devant le JLD.

Sur proposition de sa commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a modifié cet article, considérant que la fréquence imposée par le texte était excessive et n'était d'ailleurs pas respectée.

Elle a proposé que les établissements soient visités **une fois par an** par le préfet ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, et par le maire de la commune ou son représentant.

A l'initiative de son rapporteur, votre commission a adopté **un amendement** prévoyant que les visites des hôpitaux psychiatriques interviennent « **au moins** » une fois par an, pour permettre en particulier au procureur de la République de s'y rendre, s'il le souhaite, plusieurs fois par an comme le droit en vigueur le permet.

Votre commission a donné un **avis favorable** à l'adoption de l'article 6 **sous réserve de l'adoption de son amendement**.

Article 14

Dispositions transitoires

Comme indiqué précédemment, votre commission a adopté **quatre amendements** à cet article afin de prévoir une entrée en vigueur différée, au 1^{er} septembre 2012,

- des trois dispositions concernant l'intervention systématique du juge en cas de désaccord entre le préfet et l'équipe psychiatrique ;

- de l'unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte ;

- du contrôle systématique du JLD en matière d'hospitalisation partielle ;

- du changement de statut de l'Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Votre commission a donné un **avis favorable** à l'adoption de l'article 14 **sous réserve de l'adoption de ses amendements**.

*

* *

Votre commission a donné un avis favorable à l'adoption des articles dont elle s'est saisie, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 27 AVRIL 2011

M. Jean-Jacques Hyest, président. – Nous examinons le rapport pour avis de M. Jean-René Lecerf sur le projet de loi n° 361 (2010-2011), adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Ce projet de loi, déposé le 5 mai 2010 à l'Assemblée nationale, a été complété par une lettre rectificative du 26 janvier 2011 qui tire les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 prise dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité. Nous sommes donc dans un cadre quelque peu contraint. Adopté par l'Assemblée nationale le 22 mars dernier, ce texte réforme le cadre juridique de l'hospitalisation sous contrainte ; votre commission des lois s'est saisie pour avis du volet juridictionnel.

Notre saisine permet d'examiner des questions aussi essentielles que les libertés individuelles et les garanties juridictionnelles qui s'attachent à la privation de liberté, les modalités de contrôle par l'autorité judiciaire et l'impact de la réforme sur l'organisation judiciaire, la répartition des compétences entre les deux ordres de juridiction, ou encore la protection de l'ordre public. L'importance de ces questions, du reste, a fait regretter que la commission des lois de l'Assemblée nationale ne se soit pas saisie pour avis.

L'hospitalisation sous contrainte est régie par un droit ancien et stable, puisque c'est la loi Esquirol, en 1838, qui a distingué le régime de placement volontaire, à la demande de la famille, et le régime du placement d'office, confié au préfet, et qu'elle n'a été modifiée qu'en 1981, par la loi Sécurité et liberté, puis en 1990, par la loi Evin. Celle-ci a certes consacré les droits des personnes hospitalisées contre leur gré, mais elle a maintenu la distinction, avec les dénominations désormais d'hospitalisation d'office et d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Actuellement, notre pays compte 80 000 hospitalisations contraintes chaque année, pour des cas de schizophrénie dans la moitié des cas : 63 000 à la demande d'un tiers et 17 000 d'office.

Ce texte réforme le droit de l'hospitalisation sous contrainte, en cherchant à concilier trois principes de même valeur, mais qui sont parfois antagonistes : le droit à la protection de la santé, la sécurité des personnes, les libertés individuelles. Il ouvre une alternative à l'hospitalisation complète, en faisant de l'enfermement une modalité de soins parmi d'autres : l'objectif est d'adapter notre droit aux soins psychiatriques et aux thérapeutiques désormais disponibles, en particulier aux soins ambulatoires.

Le dispositif, si fréquemment critiqué, de la sortie d'essai, est supprimé. Les personnes internées sous contrainte seront placées en observation pour une période de 72 heures maximum, en hospitalisation complète ; deux certificats médicaux de psychiatres devront alors établir s'il faut poursuivre les soins, et leur nature.

Ce texte, ensuite, développe le contrôle juridictionnel de l'hospitalisation contrainte, conformément à la décision précitée du conseil constitutionnel du 26 novembre 2010. Celui-ci a distingué l'admission en hospitalisation contrainte, en précisant qu'elle ne requiert par l'intervention du juge judiciaire, et le régime du maintien en hospitalisation contrainte, en précisant qu'il exige, avant l'expiration d'un délai de 15 jours, la saisine du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles, lequel doit se prononcer dans les plus brefs délais. Dans le cas où l'hospitalisation contrainte se prolonge, ce texte prévoit l'intervention du juge judiciaire tous les six mois. Il dispose que l'ordonnance de mainlevée prise par le juge des libertés et de la détention (JLD) est susceptible d'appel – lequel n'est pas suspensif, sauf demande contraire du procureur de la République, s'il estime que la sortie de la personne présente un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui.

Ce texte, ensuite, choisit de ne pas recourir systématiquement au juge judiciaire pour les soins ambulatoires sous contrainte : l'intervention du juge est donc obligatoire pour l'hospitalisation complète, mais facultative pour les soins ambulatoires.

Ce texte prévoit un dispositif spécifique applicable à certaines personnes susceptibles d'actes graves de violence : celles qui ont été reconnues pénalement irresponsables et qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office judiciaire ; celles qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en UMD. Dans ces cas, les sorties seront plus encadrées ; le JLD devra recueillir l'avis d'un collège de soignants et, s'il envisage la mainlevée de l'hospitalisation complète, ordonner une expertise judiciaire supplémentaire ; enfin, le préfet ne pourra mettre fin à l'hospitalisation d'office judiciaire qu'après avis d'un collège de soignants et deux avis concordants sur l'état médical du patient, émis par deux psychiatres étrangers à l'établissement d'hospitalisation.

Enfin, ce texte encadre la notion de tiers susceptible de solliciter une hospitalisation contrainte. En contrepartie, il crée une nouvelle procédure : l'admission sans tiers, en cas de péril imminent.

S'agissant de l'impact sur l'organisation judiciaire, l'étude d'impact évalue le nombre de saisines nouvelles à 61 000 pour les JLD et les besoins d'emploi entre 77 et 80 magistrats, 59 et 61 fonctionnaires de catégorie B, et 7 à 8 fonctionnaires de catégorie C.

Enfin, le texte prévoit que l'audience du JLD pourra s'effectuer par visio-conférence, dans des locaux adaptés de l'hôpital.

Les députés ont apporté plusieurs modifications. Ils ont introduit un droit à l'oubli, c'est-à-dire un retour au droit commun, pour les deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui passé un délai de plusieurs années après la fin de leur hospitalisation. L'Assemblée nationale a prévu une saisine automatique du JLD par le directeur de l'établissement d'accueil du patient lorsque

le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète alors que le psychiatre estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire. Elle a également prévu que, lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prend effet dans un délai de 48 heures afin que le psychiatre de l'établissement puisse, le cas échéant, établir un protocole de soins, et que le patient puisse recevoir un traitement contraint sous forme de soins ambulatoires. Nous nous interrogeons, cependant, sur la constitutionnalité de cette situation puisqu'une personne demeurera contrainte pendant 48 heures, alors que la décision de mainlevée aura été prononcée.

Je vous proposerai pour ma part d'étendre la compétence du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles, en le dotant d'une capacité de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires ; en prévoyant le contrôle de plein droit du JLD sur les mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte ; en instaurant son intervention systématique en cas de désaccord entre le préfet et l'équipe médicale ; enfin, en unifiant le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte, par la création d'un bloc de compétence judiciaire. Je vous proposerai également de permettre que le juge statue dans des conditions garantissant la sérénité des débats, en prévoyant qu'il pourra statuer en chambre du conseil et non publiquement, mais aussi que la visio-conférence sera adaptée à la situation des personnes malades. Enfin, je vous proposerai d'étendre et de préciser le droit à l'oubli introduit par l'Assemblée nationale, et de faire évoluer l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

M. Jean-Pierre Michel. – Je crains que les améliorations que vous nous proposez ne changent pas la nature essentiellement sécuritaire de ce texte, que rejettent tous les soignants, déçus par l'absence de la grande loi sur la santé mentale tant annoncée et toujours reportée.

A l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel sort de ses compétences, comme il l'a toujours fait dès que l'occasion lui en a été donnée. Il dépasse ici les bornes, alors que le mode de désignation de ses membres ne leur confère nulle légitimité à donner des injonctions au Parlement et au Gouvernement, comme s'ils étaient des juges suprêmes. Je crois donc que ce texte démontre une fois encore combien il est nécessaire de revoir le mode de désignation des membres du Conseil constitutionnel.

Je suis certes favorable à l'extension des soins ambulatoires sous contrainte, mais je sais aussi que leur réalité dépend de leurs conditions matérielles. Aujourd'hui, les hôpitaux de jour manquent cruellement de moyens, comment pourrait-on obliger leurs équipes à aller chercher les patients qui ne respecteraient pas leur obligation de soins ? Il faut tenir compte des réalités !

Sur l'intervention du juge, je vous présenterai peut-être des amendements, pour que le texte ne vise pas le seul JLD, mais plutôt le président du tribunal ou son délégué. Avec ces obligations nouvelles, on risque de submerger littéralement les JLD ! En Haute-Loire, elles représenteraient trois à quatre déplacements hebdomadaires pour chacun d'eux : car vous réalisez bien que les audiences ne se passeront pas au tribunal, mais au sein de l'établissement hospitalier !

Enfin, ce texte pose la question de la persistance de deux ordres de juridictions. Le JLD appréciera, au vu des expertises médicales, s'il y a lieu de maintenir le patient en hospitalisation contrainte, ou encore en soins ambulatoires, mais ce sera au juge administratif de dire si cette intervention est légale : un avocat pourrait poursuivre la décision pour des motifs de forme visant l'expertise médicale, par exemple, sans considération de la dangerosité du patient, ce n'est pas raisonnable. Le JLD devra se prononcer dans les 15 jours, qu'est-ce à dire : qu'il se prononcera tout de suite ? Ou le quatorzième jour ? Il demandera une expertise médicale en dehors de l'établissement d'hospitalisation : *quid* quand les moyens d'expertise font défaut à proximité ? Les délais seront-ils suspensifs ?

Dans notre rapport d'information, avec M. Lecerf, nous avons été plus réalistes, parce que nous connaissions le terrain. Ici, je crois que l'intervention du juge judiciaire ne sera qu'une mascarade, qui compliquera tout sans améliorer en rien la protection des libertés individuelles.

Notre exercice législatif est donc, lui aussi, contraint, et nous vous proposerons en conséquence de limiter les dégâts de ce texte, qui s'annoncent très nombreux.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Nos dispositifs de santé mentale sont en crise, l'hôpital aussi. On aurait pu attendre du Parlement qu'il s'empare sérieusement de ce problème, il n'en n'est rien et, une fois encore, la question de la santé mentale sert à justifier des mesures d'abord sécuritaires. Qui plus est, le Parlement est sous contrainte du Conseil constitutionnel – nous le déplorons d'autant plus que nous avons voté contre la procédure de la question prioritaire de constitutionnalité.

Les psychiatres passent pour être souvent divisés, mais ils sont unanimes contre ce texte : c'est un signe, une alerte ! Les soins ambulatoires sous contrainte sont inadaptés et inapplicables. Qui exercera la contrainte ? A Paris, la psychiatrie de secteur est supprimée, les médecins ne vont pas sortir de l'hôpital pour aller chercher les patients : qui le fera ? Les familles ?

Enfin, l'intervention du juge judiciaire n'est pas possible en l'état, tout simplement parce que les moyens n'y sont pas. Nous voterons donc résolument contre ce texte.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Beaucoup attendaient une grande loi sur la santé mentale, véritable Arlésienne. A l'Assemblée nationale, le gouvernement a parlé d'un plan santé mentale, dont le Parlement ne sera pas saisi puisqu'il n'est pas de nature législative. Les soins évoluent cependant, on parle de médicaments ayant un effet prolongé de trois mois, cela fiabilise les soins ambulatoires sous contrainte. Quant aux aspects sécuritaires des mesures concernant la santé mentale, ils ne datent pas d'aujourd'hui... Mes amendements amoindrissent ces aspects sécuritaires, c'est aller dans le sens que vous souhaitez. Reste à savoir, ensuite, si les mesures nouvelles vont faire aller des patients de l'hospitalisation complète aux soins ambulatoires sous contrainte, ou plutôt faire accéder à ces soins des personnes qui n'y sont pas soumises aujourd'hui.

Le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte se caractérise par un éclatement entre le juge judiciaire et le juge administratif ; je propose la création

d'un bloc de compétence judiciaire : c'est un progrès. Le JLD sera appelé à se prononcer systématiquement en cas de soins contraints, c'est une avancée que l'on doit à la question prioritaire de constitutionnalité.

M. Jean-Pierre Michel. – Le traitement de la schizophrénie consiste en une piqûre mensuelle. Comment exercer la contrainte dans ces conditions ? Sera-t-elle administrée par l'infirmier psychiatrique ? Le malade sera-t-il assigné à résidence ? C'est aberrant ! Tout le monde préfère les soins ambulatoires à l'hospitalisation, mais encore faut-il pouvoir contrôler l'administration du traitement !

EXAMEN DES AMENDEMENTS DU RAPPORTEUR

Article 1er

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°1 remplace l'intitulé actuel, « Lutte contre les maladies mentales », par un intitulé moins stigmatisant. Le gouvernement n'y est pas favorable, pour une raison de cohérence du code de la santé publique.

L'amendement n°1 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°2 dresse la liste exhaustive des cas de dérogation au principe de consentement aux soins psychiatriques.

L'amendement n°2 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°3 prévoit que la personne atteinte de troubles mentaux doit être informée de son droit de refuser les soins ambulatoires et de ses conséquences, c'est-à-dire une prise en charge sous forme d'hospitalisation complète. Cette précision garantit la constitutionnalité du recours facultatif au juge judiciaire.

M. Jean-Pierre Michel. – Nous voterons cet amendement généreux, mais le malade mental ne peut pas toujours exprimer son consentement...

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Nous prévoyons par ailleurs le contrôle automatique du JLD en cas d'hospitalisation partielle.

L'amendement n°3 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées non seulement à la mise en œuvre du traitement requis mais également à l'état mental de la personne.

L'amendement n°4 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°5 étend le « droit à l'oubli » : passé un certain délai - que nous pourrions peut-être laisser au pouvoir réglementaire le soin de déterminer à moins que vous ne craigniez un risque d'incompétence négative du législateur - toutes les personnes, quels que soient leurs antécédents, devraient être soumises au régime de l'autorisation préfectorale implicite, c'est-à-dire au droit commun, en cas de sorties de courte durée.

L'amendement n°5 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°6 permet au JLD de transformer une hospitalisation complète en soins ambulatoires dans le cadre d'un recours facultatif, comme l'avait initialement prévu la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Pourquoi le juge ne pourrait-il se livrer à une telle appréciation, alors qu'il se prononce sur les soins ambulatoires sans consentement ? Le législateur a depuis longtemps accordé au juge la possibilité de se prononcer sur la nécessité de soins, sachant que c'est toujours aux médecins d'en assurer la mise en œuvre et d'en définir le contenu.

L'amendement n°6 est adopté, ainsi que les amendements n°s 7 et 8.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°9 prévoit l'intervention systématique du JLD en matière de soins ambulatoires sans consentement lorsqu'ils prennent la forme d'une hospitalisation partielle. Ces formes d'hospitalisation - hospitalisation de semaine, de jour ou de nuit - constituent des atteintes à la liberté d'aller et venir. Si elle n'est pas exigée par le Conseil constitutionnel, l'intervention du JLD est néanmoins utile. Par souci de souplesse, l'entrée en vigueur est repoussée au 1^{er} septembre 2012.

L'amendement n°9 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Grâce à l'amendement n° 10, le JLD, lorsqu'il se prononce sur une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, pourrait statuer en chambre du conseil. La publicité de l'audience peut avoir, dans certains cas, des conséquences désastreuses.

L'amendement n°10 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'hôpital psychiatrique, même sommairement, l'amendement n° 11 prévoit que le juge peut y statuer. D'autre part, il prévoit que la visioconférence n'est possible que si l'hôpital psychiatrique a spécialement aménagé, en son sein, une salle d'audience, et qu'un avis médical a attesté que l'état mental de la personne n'y fait pas obstacle. On comprend aisément que le dispositif n'est pas adapté pour des personnes qui s'imaginent être traquées par des extraterrestres ou entendre des voix...

L'amendement n°11 est adopté, ainsi que les amendements n°s 12, 13 et 14.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Le parquet n'a pas à recevoir de requête d'une autorité administrative pour demander à ce que l'appel à l'encontre d'une ordonnance du JLD soit suspensif, quand bien même cette requête ne le lierait pas. Nous n'empêcherons pas le coup de téléphone du directeur d'établissement ou du préfet, mais nous n'avons pas à l'encourager !

L'amendement n°15 est adopté, ainsi que les amendements n°s 16 et 17.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Nous harmonisons la procédure devant le premier président de la cour d'appel avec celle applicable en première instance devant le JLD.

L'amendement n°18 est adopté, ainsi que l'amendement n°19.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Dans le cas où le juge a prononcé la mainlevée d'une hospitalisation complète sans lui substituer des soins ambulatoires sous contrainte, la personne pourra, si elle nécessite ultérieurement des soins sans consentement, faire l'objet de soins ambulatoires dès son admission sans passer par la période d'observations de 72 heures.

L'amendement n°20 est adopté.

Article 2

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'Assemblée nationale a autorisé le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé à demander, à titre personnel, des soins pour son protégé. Il peut en réalité le faire *es qualités*.

L'amendement n°21 est adopté

Article 3

L'amendement n°22 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°23 procède à une harmonisation avec la procédure d'admission en soins sans consentement à la demande du préfet qui exige soit une atteinte à la sûreté des personnes, soit une atteinte grave à l'ordre public. Il ne serait pas opportun qu'il soit plus facile de maintenir contre son gré une personne en hôpital psychiatrique que de l'y mettre.

M. Laurent Béteille. – Comment démontrer le risque d'atteinte grave à l'ordre public quand le malade est déjà hospitalisé ?

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – C'est une objection valable.

M. Jean-Jacques Hyst, président. – Le texte de l'amendement parle du « risque grave d'atteinte à l'ordre public » pour l'admission, l'objet, d'une « atteinte grave à l'ordre public » pour le maintien. Le parallèle n'est donc pas parfait entre l'admission et le maintien.

M. Jean-Jacques Hyst, président. – En tant que maire, j'ai eu à décider de l'hospitalisation d'office de personnes qui étaient en pleine crise ; une fois la crise retombée, présentent-elles encore un risque d'atteinte grave à l'ordre public ? C'est bien délicat.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Il s'agissait d'obliger le préfet à mieux motiver sa décision et donc à donner au juge des éléments d'appréciation lorsqu'il se prononce sur la décision du préfet, mais je ne suis pas très convaincu...

L'amendement n°23 est retiré.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°24 prévoit la saisine automatique du JLD dans les cas où le préfet décide que le patient doit être pris en charge sous forme d'hospitalisation complète alors que le psychiatre propose des soins ambulatoires.

L'amendement n°24 est adopté.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Dans un avis du 15 février 2011, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a estimé que l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) de Paris ne présentait pas de garanties

suffisantes pour les droits de la personne. Elle n'est pas autonome ; aucune autorité de santé n'est compétente pour y vérifier les contenus et les modalités de soins ; elle n'est pas obligatoirement visitée par le parquet. Le dispositif entretient le doute sur la distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales. Le Contrôleur recommande donc de mettre fin à cette confusion. Le ministère de l'Intérieur est d'accord pour faire évoluer l'IPPP mais demande du temps. La commission des affaires sociales envisage de demander un rapport sur le sujet ; cet amendement envoie un message plus fort.

M. Jean-Jacques Hyst, président. – La médecine est restée administrative à Paris.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – La médecine pénitentiaire a disparu en 1988 mais la médecine policière demeure !

L'amendement n°25 est adopté.

L'amendement n°26 est retiré par coordination.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°27 crée un nouveau cas de saisine automatique du JLD dans les cas où le préfet substitue aux soins ambulatoires, décidés antérieurement par lui, une hospitalisation complète, alors que le psychiatre estime que les soins ambulatoires demeurent adaptés.

L'amendement n°27 est adopté.

L'amendement n°28 est retiré par coordination.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Lorsqu'il est saisi de plein droit en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre, le JLD doit se prononcer dans un délai de trois jours.

L'amendement n°29 est adopté, ainsi que l'amendement n°30.

Article 4

L'amendement n°31 est adopté, ainsi que les amendements n°s 32 et 33.

Amendement portant article additionnel après l'article 5

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Aujourd'hui, le juge administratif statue sur la seule régularité de la procédure d'admission en soins, le juge judiciaire, sur le bien-fondé de l'hospitalisation sous contrainte, dont il est seul à pouvoir prononcer la mainlevée. L'unification du contentieux au profit du juge judiciaire, autorisée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010, mettrait fin à une situation complexe et déroutante. Les magistrats y sont favorables ; le gouvernement, beaucoup moins, car il redoute que les avocats ne multiplient les recours pour non-respect des procédures...

M. Richard Yung. – Prévoyez donc des purges de nullités, comme dans le projet de loi Immigration !

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – Nos interlocuteurs se sont étonnés que ce problème n'ait pas été évoqué à l'Assemblée. Là encore, nous différons l'entrée en vigueur.

L'amendement n°34 est adopté.

Article 6

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. – L'amendement n°35 permet au procureur de la République de se rendre plusieurs fois par an dans les hôpitaux psychiatriques s'il le souhaite.

M. Jean-Jacques Hyst, président. – On peut toujours rêver !

L'amendement n°35 est adopté.

Article 14

L'amendement n°36 est adopté, ainsi que les amendements n°s 37, 38 et 39.

Le sort des amendements examinés par la commission est retracé dans le tableau suivant :

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article premier Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	1	Remplacement de l'intitulé actuel du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, « Lutte contre les maladies mentales », par « Droits et protection des personnes atteintes d'un trouble mental ».	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	2	Précision	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	3	Information de la personne atteinte de troubles mentaux de son droit de refuser les soins ambulatoires et des conséquences qui s'attacheraient à un tel refus	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	4	Précision selon laquelle les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées non seulement à la mise en œuvre du traitement requis mais également à l'état mental de la personne	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	5	Extension du « droit à l'oubli » aux autorisations implicites du préfet en cas de sorties de courte durée	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	6	Possibilité pour le juge des libertés et de la détention de transformer une hospitalisation complète en soins ambulatoires dans le cadre d'un recours facultatif	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	7	Précision concernant le « droit à l'oubli »	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	8	Possibilité pour le juge des libertés et de la détention de transformer une hospitalisation complète en soins ambulatoires dans le cadre d'un recours de plein droit	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	9	Intervention systématique du JLD en matière d'hospitalisation partielle	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	10	Possibilité pour le JLD de ne pas statuer publiquement	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	11	Aménagement spécial de la salle d'audience située dans l'hôpital et encadrement du recours à la visioconférence	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	12	Encadrement du recours à la visioconférence	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	13	Coordination	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	14	Clarification	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	15	Suppression d'une disposition dérogatoire du droit commun	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	16	Clarification	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	17	Suppression de mots inutiles	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	18	Harmonisation de la procédure suivie devant le premier président de la cour d'appel avec celle applicable en première instance devant le juge des libertés et de la détention	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	19	Harmonisation de la procédure suivie devant le premier président de la cour d'appel avec celle applicable en première instance devant le juge des libertés et de la détention	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	20	Précision	Adopté
Article 2 Admissions en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	21	Intervention <i>es qualité</i> , et non à titre personnel, du tuteur ou curateur en matière d'hospitalisation sous contrainte	Adopté
Article 3 Admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	22	Précision concernant le « droit à l'oubli »	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	23	Renforcement des critères de maintien, par le préfet, d'une personne en hospitalisation sous contrainte	Retiré
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	24	Création d'un nouveau cas de saisine automatique du juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre le préfet et le corps médical	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	25	Obligation pour l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris d'évoluer, à terme, un établissement hospitalier de droit commun	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	26	Renforcement des critères de maintien, par le préfet, d'une personne en hospitalisation sous contrainte	Retiré

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	27	Création d'un nouveau cas de saisine automatique du juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre le préfet et le corps médical	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	28	Renforcement des critères de maintien, par le préfet, d'une personne en hospitalisation sous contrainte	Retiré
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	29	Procédure accélérée applicable en cas de saisine automatique du juge des libertés et de la détention suite à un désaccord entre le préfet et le corps médical	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	30	Précisions	Adopté
Article 4			
Admissions en soins psychiatriques sans consentement des personnes détenues			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	31	Consécration du sigle UHSA	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	32	Clarification	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	33	Clarification	Adopté
Article additionnel après l'article 5			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	34	Unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte	Adopté
Article 6			
Organisation de la prise en charge psychiatrique			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	35	Visite des hôpitaux psychiatriques « au moins » une fois par an	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 14 Dispositions transitoires			
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	36	Entrée en vigueur au 1 ^{er} septembre 2012 des trois dispositions concernant l'intervention systématique du juge en cas de désaccord entre le préfet et le corps médical	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	37	Entrée en vigueur au 1 ^{er} septembre 2012 de l'unification du contentieux en matière d'hospitalisation sous contrainte	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	38	Entrée en vigueur au 1 ^{er} septembre 2012 du contrôle systématique du juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation partielle	Adopté
M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis	39	Entrée en vigueur au 1 ^{er} septembre 2012 du changement de statut de l'Infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris	Adopté

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

- **M. Jean-Marie Delarue**

Inspection générale des affaires sociales

- **M. Alain Lopez**

Cour des comptes

- **M. Edouard Couty**, conseiller

Union syndicale des magistrats (USM)

- **Mme Virginie Valton**, vice-présidente
- **M. Nicolas Léger**, secrétaire national

Syndicat de la magistrature

- **Mme Odile Barral**, secrétaire nationale

FO-Magistrats

- **M. Emmanuel Poinas**, secrétaire général

Union syndicale des magistrats administratifs (USMA)

- **Mme Marion Jaffré**, secrétaire générale

Conseil national des barreaux

- **Mme Marianne Lagrue**, avocat à Paris

Fédération nationale des associations tutélaires (FNAT)

- **Mme Anne-Marie David**, présidente
- **M. Hadeel Chamson**, chef du service juridique

Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

- **M. Jean-Michel Quillardet**, président de la sous-commission
« questions de société, questions éthiques et éducation aux droits de l'homme »
- **Mme Nicole Questiaux**, rapporteur de l'avis
- **Mme Judith Klein**, chargée de mission

Groupement information asile (GIA)

- **M. Antoine Dubuisson**, président
- **M. Thierry Jouanique**, vice-président
- **M. Philippe Le Clerre**

Professeurs

- **Mme Sophie Théron**, maître de conférence - Université Toulouse I
- **M. Bertrand Mathieu**, professeur de droit public - Université Paris I

ANNEXE 2

Document n° 1 – Schéma de la procédure (droit en vigueur)

Document n° 2 – Schéma de la procédure résultant du vote de l'Assemblée nationale

Document n° 1 : Schéma de la procédure (droit en vigueur)

HOSPITALISATION D'OFFICE (HO) À LA DEMANDE DU PRÉFET	
Autorité compétente pour prononcer la mesure	<ul style="list-style-type: none"> - à Paris, le préfet de police - dans les autres départements, les préfets
Conditions d'hospitalisation	<p>2 conditions cumulatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la personne doit présenter des « <i>troubles mentaux [qui] nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public</i> » - la décision du préfet ne peut être prise qu'« <i>au vu d'un certificat médical circonstancié</i> »

HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS (HDT)	
Autorité compétente pour prononcer la mesure	le directeur de l'établissement psychiatrique
Conditions d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ; - deux certificats médicaux circonstanciés doivent tous deux attester que les conditions d'admission sont réunies.

Si les conditions sont réunies : hospitalisation de la personne

Dans les 24 h suivant l'hospitalisation : un 1^{er} certificat médical est établi par un psychiatre
(confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation)

HO ↓

HDT ↓

A tout moment et obligatoirement dans les 15 j, puis dans les 30 j, puis tous les mois, un 2^{ème} certificat médical est établi
(confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation)

A tout moment, et obligatoirement dans les 3 j précédent l'expiration des 15 premiers jours de l'hospitalisation,
 un 2^{ème} certificat médical est établi
(confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir les soins)

Quels que soient les avis médicaux

Le préfet peut décider de **maintenir l'hospitalisation**
 (il peut donc s'écarter de l'avis)

Le préfet peut prononcer **la fin de l'hospitalisation**

Soit le 2^{ème} certificat atteste que les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies :
fin de l'hospitalisation

Soit le 2^{ème} certificat atteste que les conditions de l'hospitalisation sont toujours réunies : **maintien de l'hospitalisation** pour une durée maximale d'un mois renouvelable

HO et HDT

Possibilité pour la personne de bénéficier de « **sorties d'essai** » destinées « à favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale » de ces personnes. Il s'agit de permettre à ces personnes de « bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement ». La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois mais elle est renouvelable indéfiniment. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

Document n° 2 : Schéma de la procédure résultant du vote de l'Assemblée nationale

HOSPITALISATION D'OFFICE À LA DEMANDE DU PRÉFET	
Autorité compétente pour prononcer la mesure	<ul style="list-style-type: none"> - à Paris, le préfet de police - dans les autres départements, les préfets
Conditions d'hospitalisation	<p>2 conditions cumulatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la personne doit présenter <i>des « troubles mentaux [qui] nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »</i> - la décision du préfet ne peut être prise qu'« <i>au vu d'un certificat médical circonstancié</i> »

	HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS	HOSPITALISATION EN CAS DE PÉRIL IMMINENT (SANS TIERS)
Autorité compétente pour prononcer la mesure	le directeur de l'établissement psychiatrique	
Conditions d'hospitalisation communes aux deux mesures	<ul style="list-style-type: none"> - la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier 	
Conditions spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - deux certificats médicaux circonstanciés doivent tous deux attester que les conditions d'hospitalisation sont réunies. 	<ul style="list-style-type: none"> - existence d'un péril imminent pour la santé de la personne - un seul certificat médical circonstancié doit attester que toutes les conditions d'hospitalisation ci-dessus sont réunies

Si les conditions sont réunies, période d'observation sous forme d'une hospitalisation pendant 72 h maximum

Dans les 24 h suivant l'hospitalisation :

- un examen somatique complet est réalisé par un médecin ;
- un 1^{er} certificat médical est établi par un psychiatre (confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir les soins).

Dans les 72 h suivant l'hospitalisation, un 2^{ème} certificat médical est établi (confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir les soins)

Deux hypothèses à l'issue de cette période d'observation :

